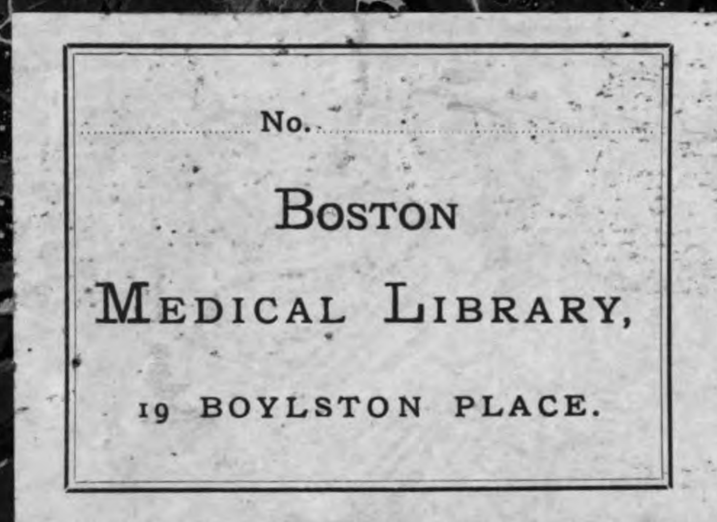
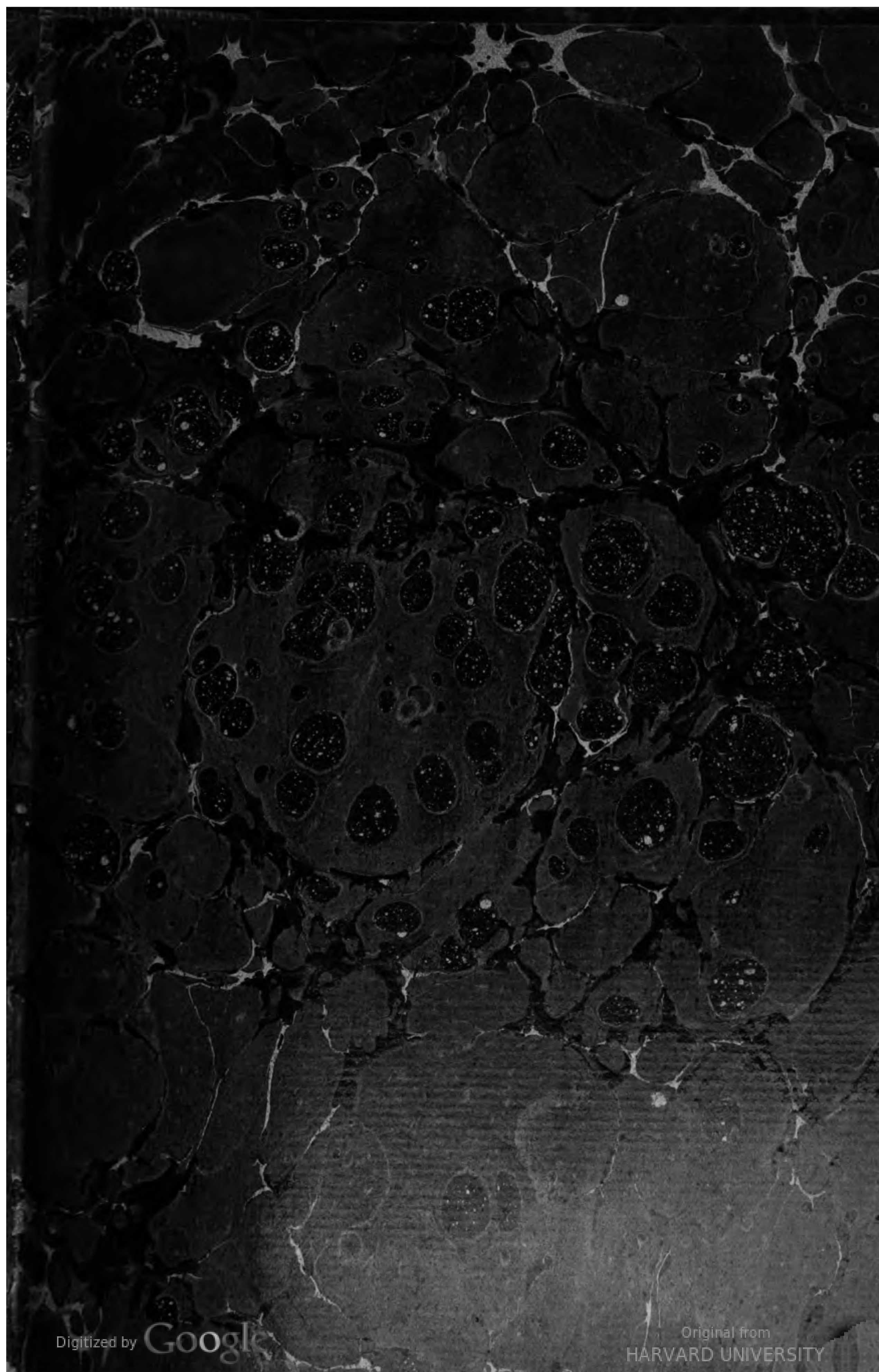

No.
Boston
Medical Library,
19 BOYLSTON PLACE.



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

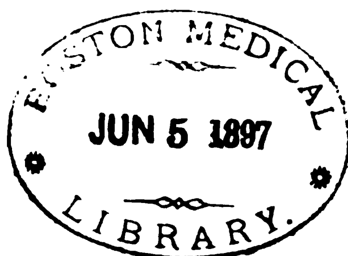
REDIGIERT VON

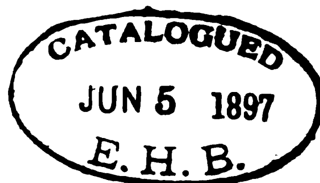
P. G. UNNA
IN HAMBURG.

ZEHNTER BAND.
1890.
JANUAR BIS JUNI.

MIT SECHS TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1890.





Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Versammlungen.

Besprechungen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

I. Allgemeines.

a. Anatomisches.

b. Physiologisches.

c. Mikroskopische Technik.

d. Bakteriologie.

e. Hygiene.

f. Allgemeine Pathologie und Therapie.

g. Pharmakologisches.

h. Verschiedenes.

Seite

Aus der Praxis.

Korrespondenz.

II. System der Hautkrankheiten.

A. Cirkulationsstörungen.

I. Idiopathische.

a. Einfache.

b. Angioneurotische.

II. Symptomatische.

B. Traumatische Entzündungen.

I. Durch mechanische Einwirkung.

(Vacat.)

Seite

II. Durch Temperatureinwirkung.

III. Durch chemische Einwirkung.

C. Neuritische Entzündungen.

D. Infektiöse Entzündungen.

I. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

β. Tuberkulose.

II. Lokale Infektionskrankheiten.

a. der Oberhaut.

b. der Cutis.

Seite

b. Lokale.

G. Idioneurosen.

H. Sekretionsanomalien.

I. Saprophyten und Fremdkörper.

K. Mifsbildungen.

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra und Blase.

b. Hoden und Samenblasen.

c. Prostata.

d. Uretheren und Nieren.

e. Labien, Vagina etc.

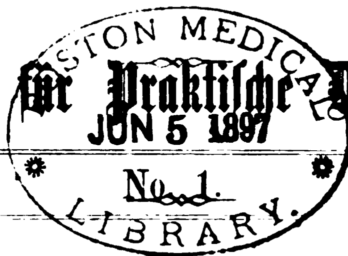
f. Blennorrhoe und Komplikationen.

IV. Notizen.

VII. Verzeichnis der Abbildungen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. No. 1. 1. Januar 1890.



Über Herpes menstrualis.

Von

Prof. Dr. R. Bergh,
Primararzt am „Vestre Hospital" in Kopenhagen.

Es ist ein lange auf dem Gebiete der Medizin wie dem anderer biologischen Wissenschaften bekanntes Phänomen, daſs Thatsachen und Erfahrungen, die von selbst den bedeutendsten Untersuchern und Verfassern veröffentlicht wurden, schnell vergessen und lange nachher übersehen oder ganz miſsverstanden worden sind, in der Weise, daſs erst neuere Zeiten wieder das bemerkt haben, was schon lange im Archive der Wissenschaft lag. Es hat berühmte Bücher gegeben, und es gibt deren noch, die trotz ihrer konventionellen Berühmtheit doch sozusagen fast ungelesen geblieben sind, obgleich oft genug citiert.

Astruc, der Grundleger der wissenschaftlichen Syphilidologie, hat schon[1] in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts auf das Vorkommen und das häufige Auftreten von dem Leiden (Hydatides), das jetzt als Herpes bezeichnet wird, an den Genitalien nicht allein der Männer, sondern auch bei Frauenzimmern, aufmerksam gemacht. Nach Astruc hat dann (1772) der seiner Zeit berühmte Göttinger Professor B. A. Vogel[2] das Auftreten von „vesiculae crystallinae" an den Labia majora, den Nymphen, der Klitoris-Partie, so wie im Vestibulum hervorgehoben. Fernerhin hat Plenck das Vorkommen desselben Leidens (vesiculae crystallinae genitalium) an denselben Stellen, an den Labia majora und minora, an der Klitoris und ihrer Vorhaut, sowie in der Vagina betont.[3]

Dessenungeachtet dauerte es noch einen groſsen Teil eines Jahrhunderts nach Astruc, Vogel und Plenck, bevor dieses Leiden sich wieder überhaupt einige Aufmerksamkeit zuzog; sein Auftreten bei Frauenzimmern wurde von Syphilidologen wie Dermatologen selbst ganz

[1] Astruc, *De morbis venereis.* ed. altera. 1740. I. cap. VIII. pag. (361) 364.
[2] R. A. Vogel, *Acad. praelect. de cognosc. et cur. praec. corp. hum. affect.* ed. nova (Tissot). MDCCLXXX. II. pag. 284.
[3] Plenck, *Doctrina de morbis cutaneis.* 1776. pag. 55

übersehen. Das letztere war auch in Frankreich mit seiner früh entwickelten und groſsen dermo-syphilidographischen Litteratur der Fall. Der genitale Herpes der Weiber findet sich gar nicht erwähnt in den zu ihrer Zeit so verbreiteten Arbeiten von SWEDIAUR (1817), von LAGNEAU (1828), in den von RICORD (1838, 1856), von BIETT (CAZENAVE und SCHEDEL) (1838), von GIBERT (1840), BAUMÈS (1840, 1842), von VIDAL (1853), DEVERGIE (1857), ROLLET (1861) oder MELCHIOR ROBERT (1861). In der Periode haben nur RAYER[4] und ALIBERT (l'olophlyctide progénitale)[5] dem vulvären Herpes ein paar kurze und bedeutungslose Bemerkungen geschenkt. Nach ihnen erwähnte CAILLAULT das Vorkommen dieser Affektion bei weiblichen Kindern und jungen Mädchen[7], und BAZIN beschreibt ihr Erscheinen an den Labia majora, den Nymphen und dem Halse der Gebärmutter.[7] Das Interesse für dieses Leiden wurde aber selbst durch die für ihre Zeit vortreffliche Arbeit von LEGENDRE[8] nicht erweckt. Mitteilungen über dasselbe erschienen erst später, wurden besonders durch DREYFOUS (1876), FOURNIER (1878) und LABOURÉ (1879) geliefert. Sowie MAURIAC eine bei Männern vorkommende neuralgische Form des progenitalen Herpes aufgestellt und beschrieben hatte[9], sonderten TULLIER (1879) und nach ihm BRUNEAU (1880) eine ähnliche bei Weibern auftretende Abart aus. MAURIAC, sowie die zwei anderen französischen Verfasser haben aber sicherlich bei den bezüglichen Fällen nur Zona vor sich gehabt.

Aber auch auſserhalb Frankreichs blieben die Bemerkungen ASTRUCS und PLENCKS unbeachtet. In der etwas älteren, auf diesem Gebiete der Medizin ziemlich beschränkten deutschen Litteratur wird dieser Herpes kaum genannt, weder bei MICHAELIS (1859), noch bei REDER (1863), nicht einmal bei TARNOWSKY (1872). Und doch war der vulväre Herpes (H. pseudosyphilis, F.) schon von FUCHS näher besprochen worden.[10] Erst bei HEBRA (1860), bei Js. NEUMANN (1869), E. KOHN (1875) und H.

---

[4] RAYER, *Traité théor. et prat. des mal. de la peau.* I. 1826. pag. 254 (Herpès vulvaris).

[5] J. L. ALIBERT, *Clin. de l'hôp. St. Louis ou traité complet des mal. de la peau.* 1833. 1. Livr. pag. 45—48.

[6] CAILLAULT, *Traité prat. de la peau chez les enfants.* 1859. pag. 357.

[7] BAZIN, *Leç. théor. et clin. sur les affections cutanées.* 1860. pag. 118.

[8] LEGENDRE, Mém. sur l'herpès de la vulve. *Arch. génér. de médecine.* 1853, II. pag. 171—204.

[9] MAURIAC, *Leç. sur l'herpès neuralgique des org. genitaux.* 1877.

M. bemerkte ausdrücklich (pag. 8, 107), diese Form bei weiblichen Individuen nie gesehen zu haben.

[10] FUCHS, *Die krankhaften Veränder. der Haut.* 1840. I. pag. 152—153.

F. erwähnt kein Verhältnis zwischen Herpes und Menstruation. Indem er aber die Seltenheit der „menoplanischen Dermapostasen“ überhaupt hervorhebt, macht er doch (II. pag. [468] 476) auf die mitunter vorkommenden Menstruationsgeschwüre, auf die „Menelkosis“ aufmerksam, wobei wohl auch an die von vulvärem Herpes hervorgegangenen Erosionen gedacht sein kann.

ZEISSL (1875) findet sich der Herpes vulvaris wieder in einigen Zeilen erwähnt.

Von den englischen Dermatologen scheinen weder (1808) WILLAN (der wie LORRY in der französischen Litteratur den genitalen Herpes ganz übersehen hat), noch BATEMANN (1817) das Vorkommen dieses Herpes bei Frauenzimmern bemerkt zu haben, und ebensowenig ist derselbe von TILB. FOX (1873) erwähnt, obgleich E. WILSON doch wenigstens (1842) die Affektion eben genannt hatte. — Auch in Nord-Amerika scheint der vulväre Herpes noch bis in neuere Zeit sehr wenig gekannt.[11]

Unter den italienischen Dermo-Syphilidographen ist die Affektion auch wenig beachtet worden; GAMBERINI[12] nennt sie gar nicht, und PROFETA[13] berührt nur eben ihr Vorkommen.

Die alljährlichen Berichte des Verfassers aus der venerischen Frauenzimmer-Abteilung des allgemeinen Spitals zu Kopenhagen, die (seit 1867) in den Jahresberichten von VIRCHOW und HIRSCH immer referiert worden sind, hatten aber seit 1866 mit Zahlen belegte Mitteilungen über Vorkommen des vulvären Herpes (in und um die Anogenitalregion) geliefert, sowie über die kausalen Verhältnisse desselben, sein Verhältnis zur Menstruation.

Im ganzen war also, wie aus dem Obenstehenden hervorgeht, der vulväre Herpes bis in die letzte Zeit wenig beachtet, nicht allein von den Dermatologen und Syphilidographen, sondern auch innerhalb der von der Mitte dieses Jahrhunderts ab so stark aufblühenden Gynäkologie, so wenig, daſs GREENOUGH bei dem vierten Kongresse der amerikanischen Dermatologen im Jahre 1880 noch erklären konnte, nur einen einzigen und noch dazu zweifelhaften Fall von (rekurrierendem) Herpes progenitalis bei Frauenzimmern gesehen zu haben; dasselbe Geständnis wurde von DUHRING abgelegt, während BULKLEY, der aber kaum gröſsere Erfahrung hatte, sich mehr reserviert verhielt. Diese Auslassungen riefen dann (1883) eine vortreffliche kleine Abhandlung vom immer weckenden energischen UNNA hervor, der hier[14] die Erfahrungen niederlegte, die er während seiner vierjährigen Stellung als offizieller Visitator der öffentlichen Dirnen von Hamburg in Beziehung auf Vorkommen des vulvären Herpes gesammelt hatte. Im Gegensatze zu der gewöhnlichen Auffassung gab UNNA denselben als nicht ganz selten an, indem er im Laufe der

[11] BUMSTEAD and TAYLOR, *The pathology and treatment of venereal diseases.* 5. ed. 1883. pag. 271.

[12] GAMBERINI, *Trattato teorico-pratico delle malattie veneree.* 1873.

[13] PROFETA, *Trattato pratico delle malattie veneree.* 1888. pag. 109, 235.

[14] UNNA, On herpes progenitalis, especially in woman. *Journ. of cut. and venereal diseases.* I, 11. 1883. pag. 321—335. (S.-A. pagg. 14.)

4 Jahre (1878—1881) die Affektion durchschnittlich bei 7,6% der eingelegten Individuen gesehen hatte.

Wie bereits oben erwähnt, enthalten die vom allgemeinen Spitale und später vom Vestre-Hospitale in Kopenhagen seit 1866 gedruckt vorliegenden Jahresberichte fortwährend Mitteilungen über den vulvären Herpes. Die hier (in Kopenhagen) offiziell visitierenden Ärzte legen aus Vorsicht die allermeisten vorkommenden Fälle von Herpes in das Spital ein; bei der 2 mal wöchentlich stattfindenden Visitation können daher nicht sehr viele Herpesfälle der Hospitalseinlage entgehen; das Leiden wird ja, wenn nicht ganz abortiv, nicht leicht übersehen und dauert ja doch meistens wenigstens 3—6 Tage. Die Angaben des Spitals über das Häufigkeitsverhältnis dieses Leidens werden daher wohl einen einigermaßen genauen Ausdruck dieses Verhältnisses, wenigstens bei uns, abgeben.

So häufig (7,6%), wie von Unna angegeben, kommt der vulväre Herpes nun nicht bei den hiesigen öffentlichen Dirnen vor; ebensowenig stimmt es mit den Verhältnissen bei uns, wenn Unna (l. c. pag. 6) meint, daß die Affektion bei 25% der Dirnen überhaupt vorkomme. In Kopenhagen sind in den letzten 4 Jahren, um nicht weiter zurückzugehen, 178 Fälle von vulvärem Herpes bei diesen Dirnen vorgekommen, oder derselbe ist in etwas über 2,6% aller stattgefundenen Einlagen gesehen.

In seinem ersten Auftreten zeigt sich der vulväre Herpes als eine oder mehrere Gruppen von meistens beiläufig 5—8 klaren, kaum stecknadelkopf- bis kaum hanfsamengroßen Bläschen mit serösem Inhalt; seltener sind die Vesikeln, viel zahlreicher, in Anzahl 20—35, fein miliär, kaum mohnsamengroß. Die einzelnen Bläschen haben, wenn nicht ganz klein, eine rötliche Areola, mitunter kommt auch eine gemeinschaftliche vor, die fast nie fehlt, wo die Vesikeln ganz klein und zahlreich sind. Nur selten, hier im Spital[15] in 2 Fällen, ist die Affektion in mehreren konzentrischen Ringen (H. iris) aufgetreten. Die Bläschen halten sich gewöhnlich isoliert, sinken zusammen, werden gerunzelt und ihr Inhalt milchweiß; derselbe trocknet ein, bildet kleine Krusten, die ohne Narbenbildung abfallen. Nicht ganz selten fließen die Bläschen, meistens vielleicht nach Beschädigungen, zusammen und bilden oberflächliche Erosionen oder, aber auch seltener, kleine Ulcerationen. Der Ausbruch ist mitunter von einigem Jucken begleitet, oder meldet sich voraus mit Jucken; wirkliche neuralgische Schmerzen sind dagegen hier nie bemerkt.

[15] Vergl. Bericht f. 1876. pag. 18.

Die von DOYON[16] vor dem Ausbruche des genitalen Herpes bei Männern erwähnten stärkeren Prodromen, eine gewisse Schwere im Unterleibe und ein eigentümliches starkes Jucken, kommen wirklich nach meinen Erfahrungen mitunter, aber selten vor; bei Frauenzimmern nicht. Die besonders von SCHWIMMER hervorgehobene[17], den Ausbruch begleitende lokale Hyperästhesie hat hier nicht konstatiert werden können. Ein geringes Brennen kann selbstfolglich das Entstehen von Erosionen begleiten. Einzelne Male ist eine geringe Empfindlichkeit und noch geringere Geschwulst der (meistens inneren) inguinalen Lymphdrüsen gesehen. Der vulväre Herpes ist in der Regel einseitig, doch (im Gegensatze zur Zona) nicht ganz selten doppelseitig, am seltensten tritt er median (in der Regio pubica, an der Klitoris-Partie, im Interfemineum) auf. Sein Sitz ist meist an den grofsen Schamlippen. Von den in den letzten $3^5/_6$ Jahren[18] auf den 2 Abteilungen (der der öffentlichen und der der heimlichen Prostitution gehörenden) des Vestre Hospitals vorgekommenen 284 Fällen befielen 210 oder fast 80 % die Labia majora und nächste Umgebung, 25 kamen an und neben den Nymphen vor, in den übrigen Fällen waren sie an den anderen Partien der Anogenital-Region verteilt, ziemlich selten kam er an der Klitoris-Partie (7) und im Vestibulum (8) vor.[19] Schon[20] GUENEAU DE MUSSY und HERVEZ DE

[16] DOYON, *De l'herpès recidivant des parties génitales*. 1868. pag. 35.
Vergl. auch eine Mitteilung von JALAGUIER (*Gaz. des hôp.* 1876. 11, 20).

[17] ZIEMSSEN, *Handb. d. spez. Pathol. u. Ther.* XIV. 2. 1884. (*Handb. d. Hautkrankheiten.* II.) pag. 66.

[18] Von den zwischen 1866 und 1889 beobachteten 877 Fällen von genitalem Herpes hatten 548 oder etwas über 62 % an den Grofslippen ihren Sitz.

Von den in den letzten 3⅚ Jahren im Vestre Hospital vorgekommenen (284) Fällen fanden sich 32 aufserhalb der rechten Grofslippe (sulcus femoro-labialis) oder am obersten-innersten Teile der Schenkel: 39 an entsprechenden Stellen links, und 3 an beiden Seiten. Bei 64 Individuen kam die Affektion an der rechten Grofslippe (meistens an ihrer Aufsenseite) vor, bei 62 an der linken und bei 10 an beiden; bei 10 fand sie sich an der rechten Kleinlippe, bei 10 an der linken und bei 5 an beiden vor. In der rechten Regio hypoglutaea wurde sie bei 12, in der linken bei 7 Fällen und bei einem an beiden Seiten beobachtet. An der Klitorispartie kam Herpes bei 7 Individuen vor, bei 4 an der rechten Seite; an der Urethralpapille bei 3 und im übrigen Vestibulum bei 5; bei 5 fand sich die Eruption in und an der Regio pubica, bei 3 im Interfemineum und bei einem in der Fossa analis. — Bei 25 Individuen kam der genitale Herpes doppelseitig vor, an einander entsprechenden (20) oder verschiedenen Stellen. Zwei Herpesgruppen wurden bei 8 Individuen gesehen, bei einem 3 und bei einem 4. Von 22 Individuen wurde angegeben, dafs die Katemenien fast ausnahmslos von Herpes genitalis begleitet seien. 5 Individuen behaupteten mit dem H. genitalis fast immer zugleich einen Ausbruch von H. facialis zu haben, und 12 andre hatten diese Koinzidenz dann und wann. Von den vielen dieser Individuen, die an Menstrualkoliken litten, hatten nur 4 hier genitalen Herpes, nur bei 7 der luetischen Individuen wurde solcher gesehen und nur bei einem der graviden.

[19] Das von UNNA (l. c. pag. 12) (GREENOUGH?) u. a. angegebene Häufigkeitsverhältnis ist ein anderes; ihnen zufolge stehen die Nymphen in erster Reihe, dann Praeputium clitoridis, darauf folgen erst die Labia majora u. s. w. Das dicke, breite, wortreiche Buch von DIDAY und DOYON (*Les herpès genitaux*. 1886) enthält kein solches Detail.

[20] Mit Unrecht sind dagegen DUPARCQUE (*Traité théor. et prat. sur les altérations*

Chégoin hatten das Auftreten von Herpes am Collum uteri bemerkt; von Diday und Doyon, sowie von Unna scheint diese Lokalisation auch beobachtet, sowie sie noch in meinen Hospitalsberichten[21] mehrmals erwähnt worden ist. Es darf übrigens wohl angenommen werden, daſs der cervikale Herpes häufiger gefunden werden würde, wenn während der Menstruationsperiode häufiger als gewöhnlich untersucht würde. Wenn Profeta aber (l. c. 1888. pag. 200) diesen cervikalen Herpes als nie ohne gleichzeitigen vulvären Herpes vorkommend angibt, dann ist solches unrichtig; von den (5) von mir gesehenen Fällen zeigte nur der eine ein solches Zusammentreffen.[22] An den Wänden der Vagina ist Herpes im Spitale hier nie gesehen, dagegen von Unna, so wie bei uns ein solcher (vielleicht doch zweifelhafter) Fall von Engelsted[23] erwähnt worden ist mit gleichzeitigem Herpes im Vestibulum und am oberen Teile des Schenkels. Mitunter kommen gleichzeitig Herpesgruppen an mehreren Stellen der Anogenital-Region vor. Die im Spitale mehrmals vorgenommenen Inokulationsversuche[24] sind immer negativ ausgefallen. Die bakteriellen Untersuchungen haben meistens auch nur negative Befunde gegeben oder nur einzelne Kokken.[25] — Ab und zu ist mit dem H. vulvaris gleichzeitig ein Herpes facialis vorgekommen[26], und einzelne solche Individuen behaupten öfter an solcher Kombination zu leiden, sowie mitunter statt eines H. vulvaris einen vikariierenden H. facialis zu bekommen; jedenfalls ist ein solcher als Begleiter von Menstruation mehrmals im Spitale gesehen.

— *de la matrice.* 1832.) und Rollet (Mal. vénér. et syphil. de l'utérus. *Annales de Dermat. et Syph.* I, 1. 1869. pag. 33—40, 100—119; II, 2. 1870. pag. 50—58) für die uterine Lokalisation des Hespes citiert.

[21] Bericht f. 1869. pag. 26; f. 1874. pag. 18; f. 1879. pag. 18; f. 1881. pag. 1 7 f. 1884. pag. 9.

[22] Von diesem cervikalen Herpes ganz verschieden ist die „érosion herpètiforme" der französischen Gynäkologen und der von Ruge und Veit (*Zur Pathol. d. Vaginalportion.* 1878. pag. 35, 67. Taf. II. Fig. 5) besprochene und abgebildete „Herpes."

[23] S. Engelsted, *Klin. Veiledn. til Diagnose og Behandlg. af Hudens Sygd.* Kjöbenhavn. 1879. pag. 117.

[24] Bericht f. 1876. pag. 18.

Eine von Mauriac (l. c. 1877. pag. 11—16) hervorgebrachte „positive" Inokulation verdient kaum erwähnt zu werden (vergl. Diday et Doyon, l. c. pag. 264).

[25] Die von Rohrer in der Versammlung d. Naturf. u. Ärzte in Köln 1888 vorgelegten bakteriologischen Untersuchungen über Herpes praeputialis (Diplokokken, Bakterien) sind wenig beweisend. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* VII. 1888. pag. 991—992.) Vergl. Diday et Doyon, l. c. 1886. pag. 274. Note (H. Zeissl).

L. Pfeiffer, der im Inhalte der Zona-Vesikeln eigene Parasiten (Gregarinen? Coccidien?) gefunden haben will, gibt ausdrücklich an, keine solchen in einem menstruellen facialen Herpes gesehen zu haben. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* VI. 1887. pag. 590.)

[26] Bericht f. 1869. pag. 26; f. 1874. pag. 18; f. 1889. pag. 20.

Auch Horand gibt (Diday et Doyon, l. c. 1886. pag. 122) den extragenitalen menstruellen Herpes als nicht ganz selten an.

Bei den öffentlichen Dirnen besonders kann ein Herpes selbstfolglich eine syphilitische Infektion veranlassen, und eine spezifische Induration sich auf einer Herpesgruppe entwicklen, wie im Spitale hier mehrmals gesehen[27]; die Möglichkeit solcher Infektion berechtigt schon völlig das Einlegen der öffentlichen Dirnen, auch wenn dieselben nur einen genitalen Herpes bei der Visitation aufweisen. Ein paar mal ist hier im Spitale[28] Papel- (anfangende Schleimpapel-) Entwickelung auf Grundlage eines (menstruellen) Herpes bei luetischen Individuen gesehen.

Vom obenstehenden, aus den Beobachtungen von Unna und von mir, sowie aus später (s. unten) erschienenen Mitteilungen geht es hervor, dafs der vulväre Herpes ein jedenfalls bei prostituierten Frauenzimmern nicht seltenes Leiden ist. Die Frage nach Ursache und Bedingung dieser Affektion stellt sich darauf.

Nach und nach, wesentlich aber durch Baerensprung (1861, 1868) und durch Charcot (1865) hat sich die Anschauung erhärtet, dafs Herpes zoster ein Ausdruck wäre eines Leidens des zentralen Nervensystems, besonders des Rückenmarks, oder eines Leidens von Ganglien oder von peripherischen Nerven, im ganzen also neuropathischer Natur sei. Solches scheint klinisch festzustehen[29], scheint aus der Untersuchung von Patienten, die während des Verlaufes einer Zona gestorben sind, hervorzugehen und wird durch Beobachtungen von Entwickelung von Zona nach zufälliger oder operativer Beschädigung des zentralen oder peripherischen Nervensystems (traumatischer Z.) bestätigt (Schiff, Bohn, Verneuil, Charcot, Esmarch u. a.). Diese Annahme wird des weiteren durch die vivisektorischen Erfahrungen gestützt, welche nach Nervenläsionen die Entstehung von vesikulösen, herpesähnlichen Hautausbrüchen gesehen haben (Irsai, Babes). Klinisch unterscheidet sich die Zona zwar, trotz vieler morphologischer Ähnlichkeit, dem Anscheine nach in vielen Beziehungen von den anderen herpetischen Eruptionen, der facialen (Hydroa) [30] und der genitalen. Dessenungeachtet betrachteten schon

---

[27] Bericht f. 1879. pag. 27; f. 1881. pag. 26; f. 1889. pag.

[28] Ch. Schwarz gibt an (*Étude sur les chancres du col utérin.* Thèse de Paris. 1873), in der Hälfte von (25) Fällen von venerischen Geschwüren des Collum uteri zugleich einen perivulvären Herpes gefunden zu haben; er betrachtet solchen Herpes als für dieses Leiden des Collum symptomatisch und schärft als absolute Regel ein, bei vorliegendem genitalem Herpes nie eine Untersuchung mit Mutterspiegel zu unterlassen (vergl. *Annales de Dermat. et de Syph.* V. 1874. pag. 302). In den nur zwei hier im Spitale (1866, 1867) gesehenen Fällen von venerischen Geschwüren des Collum kam kein Herpes vor.

[29] Leloir, Des dermatoneuroses indicatrices. *Annales de Dermat. et de Syph.* 2 S. X, 5. 1889. pag. 389—397.

[30] Zum Teil mit Radcliffe Crocker übereinstimmend hat Unna (*Monatsh. f prakt. Dermat.* IX, 3. 1889. pag. 106) den Vorschlag gemacht, Hydroa als Bezeichnung für die Duhringsche Krankheit, für Dermatitis herpetiformis (Duhringn) anzu-

Baerensprung auch diese Formen als neuropathisch und Simon[31] „vollständig" als Arten von Zoster, „Zoster labialis, genitalis", und spätere Verfasser (Gerhardt, Epstein) haben, besonders was den facialen Herpes betrifft, dieselbe Auffassung. Bisher fehlt aber hier der pathologisch-anatomische Beweis, und die neuropathische Natur dieser Herpesformen ist daher, obgleich wahrscheinlich, bisher doch nur ein Postulat. Vergessen mufs aber hier doch nicht sein, dafs Verneuil bei einem sehr bemerkenswerten Fall von chronischem, rekurrierendem Präputialherpes nach Exstirpation der Vorhaut in derselben plexiforme cylindrische Neuromen nachweisen konnte.[32]

Die bakterielle Bewegung, die augenblicklich durch fast alle moderne medizinische Untersuchung geht, hat sich auch in der Frage nach der Ursache der Herpesformen, besonders des Herpes zoster, bemerkbar gemacht; und man hat diesen letzteren als bakteriell betrachten wollen. Es sind nämlich öfter, sowohl in früherer (Geoffroy [1778], Rayer [1827]), wie in neuerer Zeit (Tommasoli, Zimmerlin, Pfeiffer und Lübben, Kaposi)[33] kleine „Epidemien" von Zona sowie von facialem Herpes beobachtet und ein Zurückkehren von solchen zu bestimmten Jahreszeiten behauptet worden, besonders im Frühling und im Herbst; diese Erscheinungen sollten auch mit einem häufigeren Auftreten von Pneumonien, Influenza und verschiedenen Erythemen zusammentreffen. Eigentümliche, für die Entwickelung gewisser Keime besonders günstige atmosphärische Verhältnisse sollten also diese Epidemien bedingen. Man berief sich in dieser Beziehung auch auf das unzweifelhaft stofsweise stärkere Auftreten von Mykosis (tonsurans) maculosus, sowie auf das (übrigens so sehr zweifelhafte) Auftreten von Kokken im Auswurfe und im Nasenschleime bei Influenza (Seiffert [1884]). Bei Zona sind (spezifische) Bakterien zwar gewifs nicht mit Sicherheit nach-

wenden. Es ist wohl zweifelhaft, ob solches eine Besserung der Terminologie wäre. In Steph. Blancardi *Lex. med.* (Ed. V. 1718 pag. 170) bezeichnet Hydroa eine Affektion mit Bläschen „granis milii similia", und etwa ebenso in Krauss' *Krit. etymolog. mediz. Lexikon* (3. Aufl. 1844. pag. 483). Bei den älteren Verfassern fehlt das Wort Hydroa (vergl. Ducange, Forcellini, sowie Hallers *Onomatologia*; *Mercuriali* u. a.). Peter Frank hat die Benennung für den Herpes facialis (Hydroa febrilis) gebraucht, und mit dieser Bedeutung wird sie oft noch angewendet; es wäre vielleicht besser, sie hier als Synonym zu lassen, und für das obenerwähnte Leiden eine neue Benennung zu schaffen. Die Zeit für eine Regulierung der Terminologie und der Nomenklatur der Dermatologie ist übrigens noch kaum gekommen.

Vergl. auch H. Hebra, Bemerkg. zur Streitfrage bez. der Duhringschen Krankheit (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* IX, 6. 1889. pag. 243—246).

[31] Simon, *Die Lokalisation d. Hautkrankh.* 1873. pag. 83.

[32] Verneuil, Observ. pour servir à l'hist. des altér. loc. des nerfs. *Arch. génér. de médec.* 1861, II. pag. 537—552.

[33] Kaposi, Bemerkg. über die jüngste Zoster-Epidemie. *Wien. med. Wochenschr.* XXXIX. 1889. pag. 961—994, 1001—1004.

gewiesen[34]; man hat aber dann noch darin, daſs die — im ganzen übrigens nicht so sehr häufige — Zona so selten dasselbe Individuum mehr als einmal angreift, ein Argument für die infektiöse Natur der Affektion sehen wollen. Höchst sonderbar kommt es aber jedenfalls vor, daſs ein infektiöser, mit dem Blute zirkulierender Stoff sich darauf beschränken sollte, einen einzelnen Teil des Nervensystems, ein einzelnes Ganglion oder einen einzelnen Nerven anzugreifen und noch dazu nur an der einen Seite; und solches scheint doch bei der Zona der Fall zu sein.[35] Unter allen Umständen würden diese leichten herpetischen Eruptionen, die faciale und die genitale, schon wegen ihres so häufigen Wiederauftretens bei demselben Individuum absolut nicht als von demselben Mikrobe hervorgebracht angenommen werden können, welche die auch in anderen Beziehungen klinisch differente Zona erzeugt. Was übrigens die besprochenen kleinen „Epidemien" von Herpes (Zoster) betrifft, so sind dieselben (inklusive der kürzlich[36] in der Klinik von Unna vorgekommenen) meistens etwas zweifelhaft als solche und fallen zum gröſsten Teile wohl nicht auſserhalb des Rahmens der lex coincidentiae.[37] Ein bakterieller Ursprung aller dieser herpetischen Ausschläge läſst sich, wenigstens augenblicklich, nicht behaupten.

Bei Männern ist der genitale (progenitale) Herpes ein ziemlich häufiges, bei nicht wenigen Individuen häufig und mit einer gewissen Regelmäſsigkeit zurückkehrendes Leiden. Diday und Doyon, die in einem paar gröſseren, wortreichen, ziemlich losen und selbstbehaglichen Monographien[38] diese Affektion, und zwar in ihrem Vorkommen sowohl bei Weibern wie bei Männern, abgehandelt haben, behaupten (teilweise in Übereinstimmung mit Er. Wilson und Unna), daſs sie nur nach vorausgegangenem venerischen (syphilitischen) Leiden, besonders nach

[34] Vergl. L. Pfeiffer, Über Parasiten im Bläscheninhalt von Varicella und von Herpes zoster und über die Beziehung derselben zu ähnlichen Parasiten des Pockenprozesses. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* VI. 1887. pag. 589—591. Taf. VI. Fig. 1—7.

[35] Als einen Fingerzeig zur Erklärung dieses fast unverständlichen Verhältnisses weist Kaposi (l. c. pag. 1003) auf die toxischen Fälle von Zona hin, die nach Kohlenoxydvergiftung (Leudet, Sattler) entstanden sind, sowie an die nach fortgesetztem Arsenikgebrauch entstandenen vielleicht auch erinnert werden könnte.

[36] Török, Zur Infektionsfrage der Herpesarten. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* VIII. 1889. pag. 54—56.

[37] Die von Kaposi (l. c. pag. 1002) erwähnte „Epidemie" war doch nicht von gröſserem Umfange, als daſs sie von Novbr. 1888 bis Febr. 1889 ihm bei seinem so groſsen Spitals-, poliklinischen und privaten Klientel, und in einer Stadt wie Wien mit seinen 1 200 000 Einwohnern nur etwa 40 Fälle von Zona in allem dargeboten hat.

[38] Doyon, *De l'herpès recidivant des parties génitales.* 1868. pagg. 136 (pag. 72). Diday et Doyon, *Les herpès génitaux.* 1886. pagg. 367 (pagg. 122, 133, 244, 272—292).

Vorausgehen von „venerischen Geschwüren" entstehe, und zwar am meisten in der Nachbarschaft der Narbenstellen. Der Herpes sollte die Wirkung von zurückgebliebenen und umgezüchteten Keimen des (bakteriellen) venerischen Virus sein, oder also der Herpes sollte eine Art von abortivem venerischen Geschwür darstellen. Die französischen Verfasser[39] gehen in dieser Beziehung so weit, daſs sie auch einen rekurrierenden labialen Herpes von einem verkannten vorausgegangenen „chancrelle de la face" ableiten.[40] Damit stimmt vielleicht weniger die accentuierte Angabe derselben Verfasser, daſs bei einigen Individuen jedes neue sexuelle Verhältnis (d. h. jede Kohatitation mit einem neuen Frauenzimmer) von einem herpetischen Ausschlag durch die erhöhte Stimulation gefolgt wird; jedenfalls würde dasselbe doch das Zutreten eines neuen Faktors andeuten. Davon ganz abgesehen, daſs es bisher noch sehr zweifelhaft ist, ob eine spezifische Bakterie[41] im sogenannten venerischen Geschwüre vorkommt, sowie von der dunklen und losen Rede vom Umzüchten des Mikrobs, ist es sicherlich eine ganz unrichtige Behauptung, daſs dieser Herpes nur bei Individuen vorkommen sollte, die früher venerische Leiden gehabt hätten. Es gibt so auſserordentlich wenige erwachsene Männer, die in dieser Beziehung ein absolut reines Gewissen haben; die Bestätigung, die die Behauptung der französischen Verfasser in casu so oft zu bekommen scheint, ist daher oft nur Schein. Wie Fournier habe ich ein paar Mal Herpes bei sexuell oder wenigstens venerisch intakten Knaben gesehen, und wie Hallopeau[42] bei ganz jungen Individuen, die absolut keine venerische Antezedentien zu haben schienen; endlich habe ich, wie auch Schwimmer[43], den genitalen Herpes einige Male bei jugendlichen Manustupratoren gesehen, die durch einen solchen Ausbruch, kurz nach schnell wiederholten Masturbationen entstanden, alarmiert waren. Wie die französischen Verfasser habe ich auch Individuen gesehen, die, früher von recidivierendem genitalen Herpes geplagt, davon fast befreit worden waren, nachdem sie geheiratet hatten oder wenigstens ihre losen Verbindungen weniger variierten. Das Um-

---

[39] Doyon et Diday, Observ. d'herpès labial récidivant non fébrile. *Annales de Dermat. et de Syph.* 2. S. V. 1884. pag. 152—155.

[40] Ein kurioser, etwas verwandter Fall ist von Neisser beobachtet. Ein Arzt hatte sich am Zeigefinger infiziert, wo später ein rekurrierender Herpes auftrat. Vregl. Epstein, Über Zoster und Herpes fac. u. genit. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* XIII. 1886. pag. 799.

[41] Vergl. die Diskussion auf dem Pariser Kongreſs (1889). *Monatsh. f. prakt. Dermat.* IX, 5. 1889. pag. 221.

Vergl. Ducrey, Experim. Unters. über d. Ansteckungsstoff d. weichen Schankers und über die Bubonen. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* IX, 9. 1889. pag. 386—405.

[42] Vergl. die Diskussion in Réunion clin. in l'hôp. St. Louis. *Annales de Dermat. et de Syph.* 2. S. X, 1. 1889. pag. 32.

[43] Schwimmer, *Die neuropat. Dermatonosen.* 1883. pag. 131.

gekehrte gehört gewiſs zu den allergröſsten Seltenheiten, daſs, wie von Bumstead und Taylor (l. c. 1883. pag. 273) mitgeteilt, ein früher immer ungestraft polygamer Mann nach Heirat und zwar nach fast jedem konjugalen Konnubium Herpes bekommt. Ganz sicher haben die Ärzte im ganzen wohl selten Gelegenheit, den genitalen Herpes bei Ehemännern zu sehen, so lange sie auf eigenem Gebiete treu verharren. Es wäre aber nicht berechtigt, daraus zu schlieſsen, daſs das Leiden überhaupt nur ganz ausnahmsweise bei monogamen Männern vorkäme. Dieser Herpes belästigt ja im ganzen nur wenig, und bei gutem Gewissen werden sich die allermeisten dieses Übels willen wohl nicht an den Arzt wenden. Nichtsdestoweniger darf wohl angenommen werden, daſs der genitale Herpes bei Ehemännern im ganzen seltener erscheine, und zwar hauptsächlich wohl wegen der nach und nach abgestumpften sexuellen nervösen Irritabilität. Bei dem groſsen und mächtigen Refrigerans, dem Alter, verschwindet Herpes bei Greisen vollständig. — Der bei den französischen Verfassern, besonders der älteren Schule, immer spukende Herpetismus oder Arthritismus (Mauriac) soll selbstverständlich ganz besonders zum Auftreten des genitalen Herpes disponieren. Neurasthenie und Sensualität spielen hier eine ganz anders wesentliche Rolle als diese zweifelhaften Faktoren.

Die Auffassung des Herpes bei den französischen Verfassern als Ableger von vorausgegangener venerischer Ansteckung ist unzweifelhaft unrichtig. Ebenso unberechtigt ist es aber auf der andern Seite, die Affektion, wie Kaposi[44], Fournier u. a. es thun, als nur ein lokales, kutanes, traumatisches Irritationsphänomen zu deuten, welches besonders bei neurasthenischen Individuen entstehend, wesentlich durch Kohabitation hervorgerufen wird. Wie oben erwähnt, muſs der genitale Herpes gewiſs als neuropathischer Natur seiend erklärt werden, als von einer durch lokale Irritation hervorgerufenen aufsteigenden Nervenirritation abhängend und vom Überspringen derselben zu absteigenden trophischen und vasomotorischen (-dilatatorischen) Nerven; durch die geänderten Ernährungsverhältnisse der Haut entstehen dann herpetische Ausbrüche im peripherischen Verbreitungsbezirke dieser Nerven. Etwa in ähnlicher Weise wird auch das Entstehen der Herpesformen von Verneuil[45] und Epstein[46] gedeutet.

[44] Kaposi, *Pathol. u. Ther. d. Hautkrankh.* 2. Aufl. 1883. pag. 339—341. — 3. Aufl. 1887. pag. 362—364.

[45] Verneuil, Des éruptions cutanées chirurgic. *Annales de Dermat. et de Syph.* 2. S. VI. 1885. pag. 575—598.

[46] Epstein, Über Zoster u. Herpes facialis u. genitalis. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* XIII. 1886. pag. 777—804.

Der vulväre Herpes ist also eine bei öffentlichen Dirnen ziemlich häufig vorkommende Affektion. Vielleicht kommt er aber bei Frauenzimmern überhaupt gar nicht selten vor. Junge Weiber haben ja meistens eine gewisse Scheu, Ärzten gegenüber sich über sexuelle und damit in Verbindung stehende Verhältnisse auszusprechen, noch mehr, wenn dieselben lokale sind und mit Menstruation in Verbindung stehen. Man erhält auf hierher zielende Fragen meistens nur ausweichende oder unklare Antworten, teilweise weil die Patientinnen oft selbst nichts Sicheres darum wissen; während sie z. B. die Gleichzeitigkeit eines facialen Herpes und Menstruation, sowie das häufigere Erscheinen dieser Kombination leichter eingestehen. Von den geringen Kenntnissen, die die Ärzte in der obenstehenden Frage zu haben scheinen, darf daher nicht geschlossen werden, daſs der genitale Herpes bei Weibern überhaupt selten sein sollte. Solches scheint aber die meistens, selbst unter den Gynäkologen, waltende Anschauung gewesen zu sein. Man sucht bei den letzteren vergebens wirkliche Erläuterungen über den vulvären Herpes; weder das groſse Handbuch von BEIGEL mit seinem weitläufigen Abschnitte über die Menstruation, noch die Monographie von KRIEGER oder andere gynäkologische Arbeiten[47] geben über den vulvären Herpes oder sonst über menstruale genitale Eruptionen Auskunft, und doch hatte LEGENDRE, wie erwähnt, längst (1853) das Verhältnis zwischen diesem Herpes und der Menstruation hervorgehoben. Die wenigen Erläuterungen, die man hat, stammen hauptsächlich von den Dermatologen und Syphilidologen, und diesen (FOURNIER, UNNA [l. c. pag. 8] u. a.) ist der vulväre Herpes eine auſserhalb des Kreises der Prostituierten seltene Affektion. Nur DIDAY und DOYON[48] machen hier eine Ausnahme; sie scheinen zu meinen, daſs junge Mädchen im ganzen nicht selten an „boutons de règle“ leiden, und zwar besonders die Blondinen.

Daſs dieser Herpes nun ein besonderes Verhältnis zur Menstruation haben kann, ihr Vorläufer oder Begleiter oft und zwar öfter ihr Vorläufer ist, dies war schon LEGENDRE bekannt und ist später von verschiedenen Seiten (R. BERGH, FOURNIER, BRUNEAU, UNNA u. a.) bestätigt worden. In den letzten Jahren haben die Gynäkologen auch angefangen, mit den menstruellen Exanthemen sich mehr eingehend zu

[47] BEIGEL, *Die Krankheiten d. weiblichen Geschlechts.* I. II. 1874—1875. (I. pag. 295—398).
KRIEGER, *Die Menstruation.* 1869. (pag. 135.)
HILDEBRANDT, *Die Krankheiten d. äuſseren weibl. Genitalien.* 1877. pag. 24. (*Handbuch d. Frauenkrankh.* VIII.)
ZWEIFEL, *Die Krankheiten der äuſseren weibl. Genitalien u. die Dammrisse.* (*Deutsche Chirurgie.* Lfg. 61.) 1885. pag. 53—54.
[48] DIDAY et DOYON, l. c. 1886. pag. 128, 296—299.

beschäftigen[49], und es hat sich gezeigt, dafs dieselben sehr verschiedener Art sein können. Im ganzen scheinen die Gynäkologen aber dieselben ziemlich selten gesehen zu haben, und meistens als generelle Ausschläge, wie exudatives multiformes Erythem oder Urticaria, seltener als lokale, wie Akne (Follikulitiden)[50] oder kleine labiale oder perilabiale Sugillationen; und doch ist der Herpes unzweifelhaft die allerhäufigste menstruelle Eruption. Im hiesigen Spitale sind Urticaria oder Erythema polymorphum einige Male, öfter labiale Follikulitiden als die Menstruation begleitend gesehen, aber ungleich seltener als Herpes. Die menstruelle Herkunft der allermeisten Fälle dieses vulvären Herpes geht mit voller Sicherheit aus den Erfahrungen unseres Spitals hervor. Von den hier 1866—1889 beobachteten 877 Fällen von genitalem Herpes waren 644 oder etwa 73,4 % menstruell. In den letzten Jahren, in welchen die Aufmerksamkeit im Spitale diesen Verhältnissen mehr zugewendet gewesen ist, ist dieser Herpes bei menstruierten Individuen nie gesehen worden, auch nicht bei Nachfragen konstatiert, und doch finden sich unter den in Kopenhagen praktisierenden Dirnen mehrere solche in einem Alter von 36 Jahren ab. Auch ist der Herpes nicht bei noch nicht menstruierten Individuen gesehen, und wir haben solche bis zum Alter von 22 Jahren gehabt. Wenn Diday und Doyon (l. c. pag. 127 u. a. St.) einen menstruellen von dem „wahren, progenitalen, venerischen, recidivierenden Herpes“ unterscheiden wollen, dann ist solches ein ganz dogmatischer Versuch, dem die, von den französischen Verfassern übrigens zugestandene, identische Entwickelungsart und die vollständig morphologische Identität derselben spottet. Es ist eben der menstruelle, der der recidivierende Herpes ist. Es gibt Weiber, bei denen fast jede Menstruation von Herpes begleitet zu sein scheint; bei einzelnen Individuen, die durch längere Zeit im Spitale gelegen haben, ist dieses Zusammentreffen bei der wiederkehrenden Menstruation öfter beobachtet worden, und einzelne Individuen haben ausdrücklich angegeben, dieselbe Eruption „fast bei jeder Menstruation“ zu haben. Bei anderen Individuen scheint der Herpes dieselbe nur dann und wann zu begleiten, und einzelne selbst ältere Individuen wufsten nicht, solche Eruption früher be-

[49] Stiller, Über Menstrualexantheme. *Berliner klin. Wochenschr.* XIV. 1877. pag. 731—733.

Fr. Schrenk, *Über Menstrualexantheme.* Inaug. Dissert. Würzburg 1885.

E. Börner, *Über nervöse Hautschwellg. als Begleiterscheinung d. Menstruation u. d. Klimax.* 1888.

[50] Seit 1867 haben die erwähnten Kopenhagener Spitalsberichte alljährlich das Auftreten der Follikulitiden der Grofslippen während der Menstruation erwähnt; dieselben sind selbstverständlich nicht neuropathischer Natur, was dagegen mit den mehrmals erwähnten Urticariaausbrüchen gewifs der Fall ist, sowie mit denen von Erythema polymorphum.

obachtet zu haben, und zwar obgleich ihre erste venerische Affektion weit zurück lag.

Bei diesem wie bei allen menstruellen Hautleiden kann nun nicht von irgend einer Art von menstrueller Vikariation die Rede sein. Sie hängen sicherlich alle von Innervationsstörungen ab, die während dieser Perioden des weiblichen Lebens überhaupt ja auch sich in anderer Weise kund geben, vielleicht unter Miteinflufs des stattfindenden Blut- und Ernährungsverlustes. Dafs Innervationsstörungen Hautausbrüche, generelle wie lokale, überhaupt veranlassen können, das ist sicher genug; gewisse Neurosen (Migränen u. a.) sind von akuten, mehr generellen oder begrenzten Hautödemen (Quincke, Börner u. a.), von Urticaria etc. begleitet oder gefolgt gesehen, und nicht weniger bekannt ist die grofse reflektorische Irritabilität der Haut bei hysterischen Individuen. Es ist bei der vorliegenden Kenntnis von dem grofsen allgemeinen konstitutionellen Einflufs, den die sexuellen Verhältnisse überhaupt beim Weibe üben, leicht verständlich, dafs die bedeutenden genitalen Kongestionen während der Menstruation Innervationsstörungen in den Genitalien hervorbringen müssen, dafs sie Lähmungen der hierher gehörenden vasomotorischen oder Irritation der vasodilatatorischen Nerven hervorbringen können und unter Mitwirkung der hypothetischen trophischen Nerven damit Transsudat und Bläschenbildung. Dafs solche lokale genitale nervöse Irritationsphänomene nun bei Prostituierten so häufig, häufiger als bei anderen Frauenzimmern gesehen werden, das kann natürlich nicht auffallen, weil jene während der ganzen nervenirritierenden Menstruationsperiode genötigt[51] sind (mit Beihilfe von Schwämmen etc.) ihr Metier ungestört fortzusetzen und somit täglich die mehr- oder vielmals wiederholte Excitation der kongestionierten Organe zu dulden haben. Nach einer kleinen, nur 4 Monate umfassenden (in ihrem Detail[52] übrigens ganz unverständlichen) Statistik, die Diday und Doyon von Horand geliefert ist, soll dieses auch der Fall sein, zwar nicht aus dem eben besprochenen Grunde, sondern, in Übereinstimmung mit den Angaben von jenen Verfassern, nur wegen der venerischen Antecedentien dieser Frauenzimmer. Horand meinte diesen Herpes bei $^3/_7$ der von der Polizei eingelegten Frauenzimmer gesehen zu haben, dagegen nur bei $^1/_9$ deren, die sich freiwillig eingelegt hatten, und nur bei $^1/_{11}$ von denen, die wegen Hautkrankheiten eingekommen waren. Hiermit stimmen unsere Erfahrungen nun gar nicht. In den 4 Jahren 1886—1889 kamen in allem in der ersten

[51] Es ist gewifs etwas zweifelhaft, ob die Sensualität nicht, wenigstens bei vielen Frauenzimmern, während der Menstruation eher erhöht ist. Vgl. auch Krieger, *Die Menstruation*. 1869. pag. 86.

[52] Diday et Doyon, l. c. 1886. pag. 122—124.

Abteilung des Spitals, bei den Prostituierten, 178 Fälle von genitalem Herpes vor bei 6716 Einlagen, oder im ganzen bei etwa 2,6 %. In der zweiten Abteilung, der der sogenannten heimlichen Prostitution, wurden dagegen 106 Fälle auf 3045 Einlagen gesehen, oder der Herpes kam bei beiläufig 3,4 % vor, und diese Frauenzimmer werden ja noch dazu nicht so regelmäfsig und so häufig (polizeilich) untersucht und nicht so oft eingelegt. Es scheint daraus hervorzugehen, dafs der genitale Herpes nicht eine professionelle Affektion sei, wie behauptet worden ist, und zugleich scheint diese Erfahrung nebenbei anzudeuten, dafs der vulväre Herpes überhaupt bei Frauenzimmern ein nicht gerade seltenes Vorkommnis sei. Hieraus geht fernerhin hevor, dafs zu häufige Kohabitation nicht sein wesentlichster (Unna), noch weniger sein fast einzigster (Fournier) Grund sei. Seine behauptete Abhängigkeit von vorausgegangenem venerischen Leiden ist sicherlich auch hier unbegründet. Herpes ist hier bei einzelnen Weibern gesehen, die zum ersten Male im Spitale eingelegt wurden und ohne andere Affektion, und bei denen keine venerischen Antecedentien nachzuweisen oder zu erfragen waren. Und gleichzeitige venerische Affektion hat oft genug gefehlt bei Individuen, die der öffentlichen Prostitution gehörten. Dagegen kommt dieser Herpes so oft gleichzeitig mit der Menstruation vor, und die hiesigen Beobachtungen sprechen absolut dafür, dafs der genitale Herpes meistens eine Folge des Menstruationsprozesses sei und der durch denselben hervorgerufenen nervösen Funktionsstörungen; von einer kutanen Angioneurose. Damit soll selbstverständlich nicht verneint sein, dafs Kohabitation eine mitwirkende Ursache sein kann, und ebensowenig soll bezweifelt sein, dafs Kohabitation und Manustupration an und für sich die hervorrufenden Ursachen sein können. Bei 233 der obenerwähnten 877 Individuen, oder also bei etwa 26,5% der ganzen Anzahl, schien der Herpes nicht von der Menstruation abzuhängen; hiermit stimmt es auch einigermafsen, wenn Spillmann[53] den vulvären Herpes als in $^1/_5$ der Fälle nicht menstruellen Ursprungs angibt. Bei dem Herpes genitalis wie bei dem H. zoster ist es oft unmöglich, die ursächlichen Verhältnisse derselben zu eruieren.

Herpes ist bei uns nie als Folge der hier vorgenommenen, zwar selten bedeutenden operativen Eingriffe an den Genitalien gesehen, ist aber als solche mehrmals beobachtet, zwar nicht in der Nähe der Operationsstelle (Herpès de voisinage, Verneuil), sondern weit davon (H. en distance, V.), besonders öfters von Verneuil[54], der z. B. nach

[53] Diday et Doyon, l. c. 1886. pag. 130. Note.
[54] Verneuil, Des érupt. cutanées chirurgic. l. c. 1885. pag. 575—598 (597).

einer plastischen Operation unten an der Vulva einen gutturalen und labialen und nach Ausschaben der Uterinhöhle einen aurikulären Herpes auftreten sah.

Meinen Erfahrungen nach kommt der genitale Herpes häufiger beim weiblichen als beim männlichen Geschlechte vor.[55] Ferner kommt es bei uns viel seltener vor, dafs männliche Individuen mit der von Diday und Doyon[56] angegebenen Häufigkeit und Regelmäfsigkeit an dem progenitalen Herpes leiden. Dieser Herpes ist beim weiblichen Geschlecht kein professionelles, prostitutionelles Leiden, sondern kommt überhaupt bei Weibern nicht selten vor, meistens als Vorläufer oder Begleiter der Menstruation, wahrscheinlich etwas häufiger bei sehr sensuellen oder neurasthenischen Individuen.

Das Dengue-Fieber.

Dargestellt besonders nach Beobachtung aus der Epidemie in Konstantinopel im Sommer 1889

von

Dr. E. von Düring,
Professor für Dermatologie und Syphilis an der École Impériale de Médecine,
Arzt am Deutschen Hospital in Konstantinopel.

Einleitung. Zu den beiden aus dem Orient gegen Westen wandernden und früher gewanderten Epidemien Pest und Cholera gesellt sich eine dritte, die aber glücklicherweise nur ihre grofse Kontagiosität, nicht aber ihre Schrecken hat: das Dengue.

Während der heifsen Sommermonate trat dieses Fieber hier in einer Ausdehnung auf, die wirklich grofsartig zu nennen ist; und auch jetzt scheint es noch nicht vollkommen erloschen zu sein.

[55] Es verdient vielleicht auch notiert zu werden, dafs Breuning-Storm (*Bidr. til den krupöse Pneumonis Statistik.* Kjöbenh. Diss. 1888. pag. 76—81) bei krupöser Pneumonie Herpes (facialis) bei 101 von 357 Frauenzimmern, bei 175 von 702 Männern sah.

[56] Diday et Doyon, l. c. 1886. pag. 250.

Der Beginn der Epidemie ist deshalb nicht genau zu bestimmen, weil sie in Stadtteilen anfing, wo die Bevölkerung nicht gleich einen Arzt ruft, besonders aber, weil die Krankheit, bisher hier unbekannt, anfangs nicht diagnostiziert wurde. Das Verdienst, sie zuerst diagnostiziert zu haben, gebührt, soweit ich verfolgen kann, unserem Landsmann, meinem hochverehrten Kollegen am Deutschen-Hospital, Herrn Dr. MORDTMANN.[1]

MORDTMANN stellte Mitte August in dem westlichsten Teile von Péra, am Abhange gegen das weiter unten zu erwähnende Kassim-Pacha, die Diagnose: Dengue. Aus den Berichten der Quarantäne-Kommission, die ihm als Mitglied derselben vorlagen, ersah er, daſs die bis dahin nicht diagnostizierte Krankheit mit dem in Smyrna grassierenden Dengue identisch sei. —

Von der Société Impériale de médecine wurde, auf Veranlassung S. E. MAVROGÉNY-Pacha, Leibarzt des Sultans, eine Reihe von auſserordentlichen Sitzungen abgehalten, die zum Zwecke hatten, die Erfahrungen der hiesigen Ärzte zu sammeln und zu sichten, sie von einer Kommission bearbeiten und in einer Denkschrift niederlegen zu lassen. —

Meine eigenen Erfahrungen genügen, um ein ziemlich vollständiges Bild der Krankheit zu geben; ich habe aber stets die Mitteilungen, die in den erwähnten Sitzungen gemacht wurden, benutzt; besonders muſs ich in der Hinsicht die weit gröſsere Erfahrung MORDTMANNS erwähnen. Weiter machte Herr Dr. LIMARAKI, der die Epidemie sowohl hier als gleichzeitig auf Chalki, einer der Prinzeninseln, beobachtete, sehr wertvolle Mitteilungen. Herr Dr. L. beabsichtigt, wie ich höre, seine reichen Erfahrungen in einer Monographie niederzulegen; ich werde seiner Zeit nicht verfehlen, den Lesern der *Monatshefte* davon Mitteilung zu machen. —

Ehe ich auf mein Thema selbst eingehe, bemerke ich, daſs gewiſs die Monographie der Société Impériale de médecine Vollkommeneres bringen wird; da dies aber noch länger dauern kann, überdies das Ende der anscheinend noch nicht überall erlöschenden Epidemie abgewartet werden soll, will ich mit der Veröffentlichung meines seit Mitte September gesammelten Materials nicht zögern.

Die hiesige Epidemie bietet von den bisher mitgeteilten manches Abweichende und ist in vieler Beziehung besonders interessant. Vielleicht wird das Interesse für Europa im nächsten Jahre ein aktuelleres. Denn es scheint, daſs das Dengue sich nicht auf tropisches Klima beschränken

---

[1] Anm.: Sehr viele der folgenden Mitteilungen verdanke ich Herrn Dr. MORDTMANN, der die Güte hatte, mir seine z. Tl. in den Verhandlungen der Société Impériale de médecine mitgeteilten Erfahrungen schriftlich zu überlassen. Auf diese Mitteilungen beziehen sich die im folgenden unter MORDTMANNS Namen gebrachten Remerkungen.

wird; es hat dieses Jahr z. Tl. schon die Häfen des Schwarzen-Meeres ergriffen. Bei den zahlreichen Handelsverbindungen zwischen Konstantinopel, Smyrna, Alexandrien und Hamburg scheint mir die Möglichkeit einer Einschleppung durchaus nicht so unmöglich, wie es nach den Lehrbüchern anzunehmen ist.

Die Quelle, aus der ich die früheren Erfahrungen schöpfte, ist hauptsächlich ZUELZER.[2] Litteratur und historische Angaben stammen sämtlich, soweit sie bis zum Jahre 1875 gehen, aus der ZUELZERschen Arbeit, z. Tl. habe ich sie verkürzt, z. Tl. wörtlich übernommen.

Litteratur. In dem mir vorliegenden Exemplare der ZUELZERschen Arbeit schließt das Litteraturverzeichnis mit dem Jahre 1875. Ich werde dasselbe, soweit es mir möglich ist, ergänzen.

Litteratur (wörtlich nach ZUELZER).

DAVID BRYLON (bei DE WILDE s. u.) 1779. (Bericht über eine Epidemie auf Java)
RUSH, *Med. inquir. and observat.* Philadelphia 1789. pag. 104. (Dengue in Philadelphia.)
PEZET, *New-York med. rep.* 1818. V. (Epidemie in Lima.)
KENNEDY, *Calcutta med. transactions.* 1824. pag. 371.
MELLIS, ibid. I. 310.
TWINING, ibid. II. I.
CAVELL, ibid. II. 32.
MONAT, ibid. II. 41.
} Epidemie in Vorder- und Hinter-Indien.
WARING, *North. Amer. med. and surg. Journ.* IX. pag. 376. (Savannah.)
STEDMANN, *Edinb. med. Journ.* Bd. 30. 227. (St. Thomas, Croix.)
LÜDERS, *Hufelands Journ.* Bd. 68. Heft 4. 33.
RUAN, *Edinb. med. chir. transact.* 1829. III. (St. Croix.)
COCK, *Edinb. Journ.* 1830. 43. (St. Barthélémy.)
SQUAER, *Med. and phys. Journ.* 60. pag. 21.
WATERSON, *Med. and surg. Journ.* N. 303. (St. Christoph.)
NICHELSON, *Edinb. med. Journ.* XXXI. 115.
FURLONG, ibid. XXXIII. 50. (Antigua.)
MOREAU, *Revue médical.* 1828. III. 475. (Martinique, Guadeloupe.)
MAXWELL, *Edinb. Journ.* LII. 151.
STENNET, *Amer. Journ.* 1828. Nov. (Jamaika.)
TAITE, *New-York med. and phys. Journ.* N. S. I. 375.
OSGOOD, *Boston med. and surg. Journ.* I. 36. (Cuba.)
LAWSON, *Forr. statist. rep.* 64. (Pensacola.)
DICKSON, *Amer. Journ.* 1828. Nov. 1829. Mai. (Charleston.)
DUMARESQ, *Boston med. and surg. Journ.* I. 32. (Mobile, New-Orleans.)
DANIELL, *Amer. Journ.* 1829. 291. (Savannah.)
HILDZETH, *Amer. Journ.* 1830. 330. (Marietta Ohio 1828.)
LEHMANN, ibid. 1828. (Boston, New-York, Philadelphia.)

[2] ZUELZER, Das Dengue-Fieber. *Ziemssens Handbuch.* 2. Aufl.

Raleigh, *Ind. med. Journ.* 1836. New ser. I. 452. (Calcutta.)
Pruner, *Edinb. med. Journ.* 1845. (Küstenländer des Roten Meeres.)
Avé-Lallemant, Das gelbe Fieber etc. pag. 91. 1846. (Rio de Janeiro.)
Hester, *Transact. of the Americ. med. Association.* II. 161.
Fenner, *South. med. rep.* II. (New-Orleans.)
Arnold, *Charleston med. Journ.* 1849. (Mobile.)
Dickson, ibid. 1850.
Wragg, ibid. 1851. (Charleston.)
Arnold, ibid. 1851. (Savannah.)
Anderson, *Proceed. of the med. Assoc. of Alabama.* 1851. (Mobile.)
Holt, *South. med. rep.* II. (Woodville Miss.)
Campbell, ibid. 1880. (Augusta. Ga.)
Jarvis, *Coolidge army statist. rep.* Philad. 1856. (Fort Brown, Texas.)
Hirsch, *Deutsche Klinik.* 1852. 48. 49.
Smith, *Edinb. med. and surg. Journ.* Bd. 82. (Peru.)
Hirsch, *Handbuch d. histor. geogr. Pathologie.* 1860. I. 272ff. (Übersichtliche sorgfältige Zusammenstellung.)
Thaly, *Arch. de méd. navale.* 1866. pag. 37. (Epid. in Gorée.)
Poggio, *La calentura roja ob. 1 J. 1865.* Madrid 1867. (Andalusien.)
Ballot, *Arch. de méd. naval.* 1870. pag. 470. (Martinique 1860.)
Read, *Proceedings of the Sanitary Commiss. of Madras.* 1871. (Aden. Zanzibar etc.)
Chipperfield, *Madras monthly Journ. of med. sc.* 1872. No. 28.
Christie, *British med. Journ.* 1872. I. 577. (Epid. in Zanzibar.)
Vauvray, *Arch. de méd. nav.* 1873. (Port Saïd.)
Dunkley, *Brit. med. Journ.* 1872. II. 378.
O'Connell Raye, *Ind. Annals of med. Sc.* 1872. 137.
Davson, *Lancet.* 1872. II. 542.

1873.

Moodeen Sheriff, *Med. Times and Gaz.* (Epid. in Madras 1872.)
Ungenannt, *Union médicale.* 104. (Indien.)
J. J. de Wilde, *Niederl. Tijdschr.* (Dengue im Fort Wilhelm I. Java.)
Müller and Manson, *Brit. med. Journ.* II. 294.
Charles, *Clinical lectures on Dengue.* (Calcutta.)
O'Connor, *Statistical report of the health of the Navy* for the year 1861. (Zanzibar, Schiffsepidemie.)
Cotholendy, *Arch. de méd. nav.* XX. *Arch. gén.* XXII. Dez. (Ep. in St. Donis auf Réunion.)
Marsh, *Phil. med. rep.* Dez. 20.

1874.

Jackson, *Statist. rep. of the health of the navy* for 1872 (Schiffsepidemien.)
Brakenridge, *Edinb. med. Journ.* Oktob. (Epidemie auf Mauritius 1873.)
Slaughter, *Army med. rep.* for the year 1872. (Indien.)
Martialis, *Arch. de méd. nav.* Januar. (Dengue i. d. frz. Bstzg. von Vorderindien.)
Ullersperger, *Dtsche Klinik.* 35—37. (Bearb. d. Berichts v. Poggio.)
v. Steinberg-Skirbs. *Ärztl. Ber. über die Kaiserl. Dtsch. Marine* 1873, bespr. i. *Beitr. zur Medizinal-Statistik.* I. Briefliche Mitteilungen des Generalarztes.
Dr. Wenzel (Epid. von 1867 i. Gibraltar und benachb. Gegenden).
Morice, *De la dengue et de sa distrib. géogr.* Paris. 1875.

Weitere Litteratur (von v. Düring).

Dacarogna, *La fièvre Dengue à Ismaïlia.* Alexandrie 1878.

Bimsenstein, *Gazette médical d'Orient.* [3] 1880. pag. 41.

Stekoulis, La dengue en Égypte. *Gaz. méd. d'Orient.* 1880.

Pascua, La fièvre dengue à Benghazi. *Bull. thérap.* Paris 1880.

Nat. Board of Health. Bull. La dengue en Amérique. 27. Sept. 1880.

Richardson, *Clinical Essays.* Vol. I. pag. 352.

J. Russell Reynold, *A System of Med.* 1881.

Pappalexopoulos, La dengue à Syra 1881. *Communication au Premier Congrès des médecins grecs.* Athènes 1882.

Carageorgiadis, La dengue à Chypre. *Révue méd. pharmaceut. de Constantin.* 1889. pag. 85.

B. Constant, La dengue à Smyrne. Ibid. pag. 142.

H. de Brun, La fièvre rouge en Syrie. *Revue de médecine de Paris.* Aout 1889.

Sajous, *Ann. of the un. med. sciences.* Philadelphia 1889. Vol. I. pag. 77.

J. Siotis, La dengue à Constantinople. *Rév. médico-pharmac.* September 1889.

Millingon, Über Augenaffektionen im Gefolge des Dengue. *Gazette médicale d'Orient.* Dezember 1889.

Außerdem finden sich in den hiesigen Tagesblättern zerstreut Artikel von mehr oder minder großem Werte, betreffend die hiesige und die Smyrnaer Epidemie.

Was an denselben Wertvolles ist, habe in den nachfolgenden Mitteilungen nach Thunlichkeiten benutzt. —

Nomenklatur und Etymologie. Die große Zahl der für diese Krankheit anzuführenden Bezeichnungen erklärt sich daraus, daß dieselbe, an Orten auftretend, wo sie bis dahin unbekannt war, nun von den behandelnden Ärzten oder von dem Volke mit Namen belegt wurde, die entweder aus den Hauptsymptomen genommen wurden, oder auf die Jahreszeit, resp. ätiologische Momente sich bezogen, mit denen man ihr Entstehen in Verbindung brachte.

Zum Teil sind auch die betreffenden Bezeichnungen aus dem jetzt allgemein acceptierten und ältesten Namen: Dengue (Deng oder Dang gesprochen) korrumpiert — so besonders die in den englischen Kolonien übliche Bezeichnung „Dandy-fever“, die nicht, wie behauptet wird, von der steifen, gemachten Haltung der Patienten genommen, sondern einfach aus dem Wort Dengue korrumpiert ist.

Andere Synonima sind:

Knockelkoorts	(in den holländischen Kolonien)
Pantomime fever	(„ „ engl.-indischen „)
Three days fever	(„ „ „ „)
Fièvres des Dattes	(an der afrikanischen Küste)

[3] Organ der Société Impériale de médecine de Constantinople.

Abou-rakaba, Vater der Kniee (in Arabien)
Adu-dobus („)
Bou-bon ?
Fièvre courbaturale (in den französischen Kolonien)
Fièvre de foin („ „ „ „)
Broken wing (in Amerika)
Break-boon-fever („)
Mal des genoux („)
La Pantomina (in Spanien und den spanischen Kolonien)
La Padiosa („ „ „ „)
Trancasso (span., von dem plötzlichen Auftreten)
Giraffe (franz. Bezeichnung, von dem buntscheckigen Aussehen genommen)
Bouquet („ „ „ „ „)
(Bucket, engl. korrumpiert). —

Aufserdem gibt es bei den älteren Ärzten noch eine ganze Reihe von Bezeichnungen (nach ZUELZER): Rheumatismus febrilis exanthematicus, Rheumatismus febrilis epidemicus, Exanthesis arthrosia, Scarlatina mitis, Fièvre articulaire, Insolationsfieber. —

Das Wort Dengue ist nicht spanischen Ursprungs, wie ZUELZER annimmt; COLLIN und HIRSCH haben gemeint, es sei korrumpiert aus dem englischen „Dandy"; das hiefse also nach dem, was ich oben gesagt habe, den Spiefs umdrehen. —

STÉKOULIS (s. Litteraturverz.) glaubt das Wort Dengue komme aus dem Hebräischen und bedeute „Brand, Entzündung." Aber auch diese Angabe ist nicht richtig.

Die richtige Erklärung verdanken wir dem grofsen Kenner orientalischer Sprachen, VAMBÉRY. Dengue ist ein altarabisches Wort und bedeutet „grofse Abgeschlagenheit, Schlaffheit", — womit die Krankheit treffend bezeichnet ist. (Ungefähr dasselbe will die neuarabische Bezeichnung Abou-rakaba, Vater der Kniee, sagen.)

Epidemiologisches. Da es mir besonders auf die in Konstantinopel beobachtete Epidemie ankommt, so will ich das aus ZUELZER entnommene Historische über das Dengue möglichst knapp geben.

Das Dengue mufs in gewissen Gegenden, von denen es in den letzten Dezennien mehrmals seine Wanderung angetreten hat, entweder autochthon entstehen oder endemisch persistieren.

„Diese Herde (ZUELZER) müssen teils auf den centralamerikanischen Inseln, besonders auf den kleinen Antillen, andernteils auf den Küstenstrichen des Roten Meeres gesucht werden."

1779 berichtet, nach DE WILDE, der Physikus DAVID BRYLON über eine epidemische Krankheit „Knockelkoorts" (Knöchelfieber) auf Batavia.

Nach GABERTS trat die Krankheit im gleichem Jahre in Kairo auf.

1780 beschreibt Rush eine Dengue-Epidemie in Philadelphia; im selben Jahre beobachtete der Missionar Wise sie an der Küste von Coromandel, Afrika, Arabien, Persien und Thibet.

1818 berichtet Pezet über Dengue in Lima.

1826. Dengue in der Havannah.

1827. Die erste bekannter gewordene Epidemie, die anscheinend auf St. Thomas ausbrach. Hier blieben nach Stedmann von 12000 Einwohnern nur wenige verschont. Von hier ging die Epidemie über die Antillen und griff aufs Festland; sporadisch sollen Fälle selbst in New-York vorgekommen sein. (S. ausführlich Zuelzer.)

Isolierte Epidemien traten 1839 in Iberville und La, 1844 in Mobile auf. 1848 eine grofse Epidemie in den Vereinigten Staaten, wo das Dengue in New-Orleans im Sommer neben dem gelben Fieber auftrat.

Eine ausgezeichnete Beschreibung scheint nach dem Auszug von Zuelzer die Arbeit von Lallemant zu sein, der eine grofse Epidemie in den Jahren 1846—1849 in Brasilien sah.

1852. Dengue in Peru. (Smith.)

1860. Auf der Insel Martinique. (Ballot.)

1863. Dengue erscheint in Europa (in Cadix). (Poggio, nach den brieflichen Mitteilungen des Marine-Generalarztes Dr. Wenzel.)

1865. Epidemie, vom französischen Marinearzt Thaly beschrieben, auf der Insel Gorée, in der Nähe der Küste von Senegambien.

Was uns mehr interessiert, sind die Stationen der Epidemie an der arabischen Küste, am Roten Meer und in Ägypten, denn von dort sind wir damit bezogen worden.

„An der arabischen Küste war der[4] Dengue (Zuelzer, pag. 607), wie Pruner berichtet, der eine Epidemie davon im Jahre 1845 im nahegelegenen Alexandrien beobachtete, schon im Jahre 1835 verbreitet. Ob er schon früher hier grassierte, ist zwar nicht nachgewiesen; wahrscheinlich wird dies aber einesteils durch die Mitteilung von Vauvray, dafs der Dengue in Port Said alljährlich zur Zeit der Dattelernte herrscht, weshalb er auch den Namen „Fièvre des dattes“ erhalten habe, andernteils durch den Gang der ostindischen Epidemien, welcher auf Einschleppung durch die Schiffahrt von dort aus hindeutet.“

In Indien wurden die Ärzte 1824 auf das Dengue aufmerksam: Westküste von Hinterindien, Rangoon, Westküste von Vorderindien, Kalkutta, Madras.

1835 war die arabische Küste befallen; 1836 erscheint eine grofse Dengue-Epidemie in Kalkutta (Raleigh).

„Wiederum finden wir in den tropischen Ländern des indischen Ozeans in der Zeit von 1871—1873 eine excessive Verbreitung des Dengue.“

„Bezüglich dieser Epidemien, deren Zusammengehörigkeit sich hat feststellen lassen, wird mit Bestimmtheit angegeben, dafs die Krankheit zuerst in Arabien herrschte. Read, M. Sheriff u. a. beobachteten sie in Mekka, Medina, Tanyef und in Aden. ... in Aden herrschte sie länger als 6 Monate; von den 900 Mann der Besatzung erkrankten 700.“

Im selben Jahre wurde sie nach Zanzibar und Orten der afrikanischen Küste verschleppt (Christie, Read u. a.), nach Port Said (Vauvray), 1871 im Dezember mit einem Auswandererschiff nach Java, von Aden direkt nach Bombay und Cannanoor (M. Sheriff).

---

[4] Zuelzer sagt: **der** Dengue. Ich kann keinen Grund dafür finden und ziehe das Dengue, sc. Fieber, vor; die Franzosen sagen: la Dengue, sc. fièvre.

Zuelzer bemerkt weiter, dafs sich die Epidemie in Vorderindien verbreitet habe: „vorzugsweise dem Laufe der Eisenbahn folgend." Die jetzt im Zuge begriffene Epidemie scheint die Landwege im Gegenteil zu meiden, sie tritt fast nur in den Hafenstädten auf.

„Die Spuren dieser Epidemie von 71—73 liefsen sich bis nach den Inseln Mauritius und Réunion verfolgen."

„Am schlimmsten herrschte sie damals auf Madras; auf die Epidemie in Madras beziehen sich viele der in der Litteratur citierten Angaben."

Diesmal ist die Epidemie langsam aber sicher vorgeschritten und wird auch weiter vorschreiten. Es läfst sich nachweisen, dafs sie seit dem Jahre 1880 dauernd geherrscht hat in den Häfen des Roten Meeres; sie ist nachweislich 1880 zuerst in der Hafenstadt von Mekka, Djïdda, aufgetreten. 1881 ist sie auf der Insel Kreta beobachtet, ebenso in Syra. Sie hat in ganz Ägypten, den Hafenplätzen des Roten Meeres während dieser Jahre ihren regelmäfsigen Besuch gemacht.

1888 ist sie in Cypern aufgetreten; dort ist sie, soweit ich erfahren konnte, im Winter kaum erloschen.

Aufserdem hat sie ihren Einzug in Syrien gehalten. In Beiruth ist sie im Februar 1889 ausgebrochen.

In riesigen Dimensionen ist sie dann im Juni in Smyrna aufgetreten; dort ist kaum irgend jemand verschont geblieben, und nach den letzten Nachrichten war sie dort frisch aufgelebt, und Recidive sollen häufig vorkommen.

Jetzt liegen Berichte aus den verschiedensten Plätzen vor über die Epidemie: aus Smyrna, aus Manissa (Magnesia ad Sipylum), von den Dardanellen, aus Saloniki, aus Varna, aus Trebisonde, aus Athen, und es hat nicht den Anschein, als wolle die Epidemie Halt machen. Ob die in den letzten Tagen aus Petersburg gemeldete Epidemie mit dem Dengue etwas gemein hat, vermag ich aus den kurzen vorliegenden Angaben nicht zu sagen.

Von Smyrna wurde die Epidemie uns hierher eingeschleppt. Die ersten Fälle sind, wie aus den verschiedenen Mitteilungen in der Société Impériale de médecine hervorgeht, Mitte Juni in der Nähe der Municipalität zwischen Galata, Pera und Kassim-Pacha vorgekommen. Der Hauptherd war aber Kassim-Pacha; dieses liegt westlich von Galata am nördlichen Ufer des goldenen Horns in einem tiefen Thaleinschnitt, zwischen zwei Höhen, auf deren einer Pera liegt, während auf der andern Höhe ein grofser türkischer Friedhof und der Schiefsplatz der früheren Sultane sind. Dieses Thal wird von einem Bache durchzogen — denn durchflossen kann man nur im Winter sagen —, in den alles geworfen wird und alles sich ergiefst; es ist eine stinkende Schlammkloake, der es zu

verdanken ist, dafs hier stets der Herd für alle Epidemien, besonders für die Cholera ist. Aufserdem können diese gegen Süden gerichteten Abhänge mit den anschliefsenden Teilen von Ainali-Tschesme und Galata nicht der Wohlthat des im Sommer fast kontinuierlich wehenden Nordostwindes teilhaftig werden, der im übrigen das Klima dieser Stadt zu einem geradezu paradiesischen macht.

Mordtmann macht darauf aufmerksam, dafs in diesen Vierteln die ärmere Bevölkerung und besonders auch zahlreiche Wäscherinnen wohnen, welche die Wäsche für die ankommenden Dampfbote besorgen.

Von Kassim-Pacha aus machte die Epidemie ihren Weg durch Galata; Mordtmann sah die ersten, als Dengue diagnostizierten Fälle am 19. August am südlichen Abhang von Pera gegen Kassim-Pacha zu, während der eigentliche Hügelrücken von Pera erst Ende September befallen wurde.

Wie in Smyrna überall landeinwärts, so wurde hier die Epidemie allmählich überall dahin getragen, wohin im Sommer der Bewohner Konstantinopels kommt; es wurden nicht nur Stambul, sondern auch sämtliche Sommerfrischen am Bosporus und in Asien ergriffen.

Auch jetzt, wo ich diese Arbeit zum Abschlufs bringe, herrscht die Epidemie noch in einigen Stadtteilen, so z. B. in Stambul, in Haskoi (am nördlichen Ufer des goldenen Hornes).

Die Epidemie ist aber hier in Konstantinopel nicht stehen geblieben, sie macht ihren Weg weiter nach Norden und an der Küste herum. So sind z. B. die Hafenstädte des Schwarzen Meeres gröfstenteils infiziert worden; ob Odessa, habe ich nicht erfahren können, aber Varna und Trebisonde sind nicht verschont geblieben.

(Fortsetzung folgt.)

Über Masern bei Erwachsenen.

Von

Dr. Leopold Glück,

Arzt der Centralstrafanstalt für Bosnien und die Herzegowina in Zenica.

Vielseitig wird behauptet, dafs die Masern bei Erwachsenen einen ernsteren Verlauf zu nehmen pflegen, als bei Kindern, und dafs die Sterblichkeit infolge dieser Krankheit dementsprechend bei ersteren eine verhältnismäfsig gröfsere sei, als bei letzteren.

Entspricht diese Behauptung den Thatsachen, so ist wohl die Frage berechtigt, welchen Zweck wir mit der Durchführung der in neuerer Zeit auch auf die Masern ausgedehnten prophylaktischen und sanitätspolizeilichen Maſsregeln erreichen wollen, namentlich wenn man berücksichtigt, daſs in der Regel jeder Mensch diese Krankheit mindestens einmal im Leben durchmacht? Sind die Kinder thatsächlich durch die Masern weniger gefährdet als Erwachsene, so ist es zum mindesten widersinnig, sie vor einer verhältnismäſsig leichten Krankheit zu schützen und die Ewachsenen einer höchst wahrscheinlich gefährlichen Erkrankung auszusetzen.

Ist aber die Behauptung von der Gefährlichkeit der Masern für die Erwachsenen unumstöſslich erwiesen?

Ein Blick auf die Geschichte dieser Krankheit namentlich im 17. und 18. Jahrhundert, in welchen die Masern erst aus dem ganzen Heere der infektiösen Ausschlagkrankheiten endgültig ausgeschieden wurden, zeigt, daſs sie mit gröſserer Intensität als jetzt und garnicht selten in Form geradezu mörderischer Epidemien, in denen sowohl Kinder als Erwachsene zu vielen tausenden hingerafft wurden, aufgetreten ist. Wir wissen ferner, daſs die Masern auch im 19. Jahrhundert, speciell dort, wo sie seltener aufzutreten pflegen, eine für Jung und Alt sehr gefährliche Krankheit bilden und eine auſserordentlich hohe Sterblichkeit verursachen. Es hat schlieſslich die Erfahrung gelehrt, daſs die Masern bei unter abnormen hygieinischen Verhältnissen lebenden Individuen, wie z. B. Soldaten während eines Krieges, mit einer Mortalität von 40 % verlaufen können.[1]

Diese Thatsachen beweisen zwar, daſs die Masern unter gewissen Verhältnissen für Erwachsene ebenso gefährlich werden können, wie sie in einzelnen Epidemien für Kinder sind, sie berechtigen aber keinesfalls zu dem Schlusse, daſs diese Krankheit im allgemeinen für Erwachsene gefährlicher sei als für Kinder.

In jüngster Zeit hat Biedert[2] eine Zusammenstellung von Masern bei Erwachsenen gebracht, in welcher er auf Grund einer Mortalität von 8,6 % respektive 5,8 % augenscheinlich zu der Annahme hinneigt, „daſs Morbilli adultorum häufiger einen schweren Verlauf haben, als die der Kinder.“ Berücksichtigt man aber, daſs die Zusammenstellung Biederts kaum 35 Fälle umfaſst, so ist man meiner Überzeugung nach auf Grund einer so geringen Anzahl von Beobachtungen kaum berechtigt, irgend

---

[1] *Handbuch der historisch geographischen Pathologie*, von Prof. Dr. A. Hirsch. 2. Aufl. I. Abteilung. pag. 118 und ff.

[2] Über Morbilli adultorum und Immunität gegen Masern. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887. No. 1.

einen Schlufs zu ziehen. Dafs dem so ist, zeigt gleich die Arbeit BOHNS[3], der von 28 erwachsenen Masernkranken nur einen verlor und der ausdrücklich betont, dafs keine Veranlassung sei, die Masern bei Erwachsenen zu fürchten.

Schon die Zusammenstellung der Fälle dieser beiden Autoren (63) vermindert die Mortalitätsziffer der Masern bei Erwachsenen von 5,8 % auf 4,76 %.

Durch nahezu neun Jahre in verschiedenen Gegenden eines Landes wirkend, wo so zu sagen eine epidemische Kinderkrankheit die andre ablöst, hatte ich naturgemäfs Gelegenheit auch mehrere Masernepidemien zu beobachten und hierbei über diese Krankheit bei Erwachsenen einige Erfahrung zu sammeln.

Im Winter des Jahres 1881 erkrankten im Bezirke Dervent in 16 Ortschaften 347 Individuen, und darunter 23 über 18 Jahre alte Erwachsene.

Bei den höchst ungünstigen hygieinischen Verhältnissen, die hierzulande herrschen, wo nicht selten in einem nahezu fensterlosen und stark überheizten Raume 10—15 Personen schlafen, wo von einer Isolierung der Kranken, von einer Reinhaltung der Leib- oder Bettwäsche (letztere fehlt sogar in vielen Fällen gänzlich), von einer Desinfektion etc. keine Rede sein kann, bei diesen Verhältnissen ist es selbstverständlich, dafs ich von den 324 Kindern 13, also etwas über 4 % und zwar meist an konkomittierender Lungenentzündung, verloren habe. Von den Erwachsenen hat nur einer eine heftige Pleuritis durchgemacht, genas aber gleichfalls nach fünf Wochen, so dafs ich bei diesen Kranken keinen Sterbefall zu verzeichnen hatte.

Im Herbste des Jahres 1885 erkrankten in Travnik 46 Individuen, darunter 3 Erwachsene an Masern.

Die Epidemie verlief überhaupt sehr gelinde, und es starb nur ein 4jähriges Kind am nachfolgendem Darmkatarrh.

Im März des Jahres 1888 trat in Zenica eine Masernepidemie auf, in der 39 Individuen, hierunter 7 Erwachsene erkrankten.

Die Epidemie verlief sehr gelinde und hatte ich keinen Todesfall zu verzeichnen.

Da von den 7 Erkrankungen bei Erwachsenen 6 auf Sträflinge der Centralstrafanstalt entfielen, so sei es mir gestattet, diese kleine Hausepidemie etwas eingehender zu berühren.

Am 10. April abends bekam der Aufseher K. S. einen heftigen über eine halbe Stunde anhaltenden Schüttelfrost, dem Hitze, Erbrechen und Durchfall folgten.

Am 11. früh konstatierte ich bei dem sehr kräftigen, 26 Jahre alten Manne

[3] Über Morbilli adultorum. *Deutsche med. Wochenschr.* 1888. No. 18.

eine Temperatur von 39,6° C. und einen zwar vollen und regelmäfsigen, aber beschleunigten Puls (104 Schläge). Die Augen etwas gerötet, die Zunge stark belegt, an der Lunge rechts hinten Bronchialkatarrh, der Oberbauch etwas aufgetrieben, Milz nicht vergröfsert.

Um 5 Uhr abends war die Temperatur 37,5° C., Puls 76. Der Patient fühlt sich wohler, nur hüstelt er zeitweise.

Am 12. früh Temperatur 37,2° C., Puls 76. Der Patient fühlt sich wohler, aber etwas geschwächt. Abends desselben Tages stieg die Temperatur auf 38,6 und der Puls auf 92. Die Erscheinungen von seiten der Lunge etwas mehr ausgeprägt.

Am 13. früh ist das Gesicht des Patienten wie aufgedunsen, mäfsig stark gerötet, akuter Konjunktivalkatarrh, vereinzelte kleine rote Knötchen am Halse und Nacken. Bronchialkatarrh rechts heftig, links leichter.

Bei immer ansteigender Temperatur (40,2° C.) tritt am nächsten Tage das charakteristische Masernexanthem an Brust, Bauch und Rücken auf, verbreitet sich am 15. auf den ganzen Körper und bleibt bis zum 19. in voller Blüte.

Am 15. tritt Laryngealkatarrh hinzu. Am 17. ist Stuhlverstopfung. Gehirnerscheinungen sind nicht aufgetreten. Am 19. fällt die Temperatur zur Norm.

Am 20. beginnt der Ausschlag abzublassen, am 22. Bronchial- und Laryngealkatarrh geringer, die Abschuppung deutlich ausgeprägt, am 30. hat Patient nach einem warmen Seifenbade den Dienst wieder angetreten.

Der Aufseher gibt an, im Hause des R., dessen Kinder Ende März an Masern darniederlagen, viel verkehrt zu haben. Als ich ihm mitteilte, dafs er masernkrank sei, wunderte er sich sehr und sagte, dafs er diese Krankheit bereits als 12jähriger Knabe in seiner Heimat (österr. Schlesien) durchgemacht habe.

Noch während der Aufseher im Spitale lag, erkrankte am 24. April der 32jährige Sträfling J. J., welcher in der Anstaltsküche beschäftigt wurde, und der somit sowohl mit dem Aufseher S., als auch mit dem R., der Rauchfangkehrer der Anstalt war, unzweifelhaft in Berührung kam, gleichfalls an Masern. Diesem folgten bis zum 10. Juni noch weitere fünf Sträflinge, welche in einem Alter zwischen 19 und 28 Jahren standen.

Bei dreien waren die Prodromalerscheinungen so mild, dafs sie erst mit dem ausgeprägten Ausschlage sich krank meldeten.

Bei zweien erreichte die Temperatur 40,4° C. Die katarrhalischen Erscheinungen haben bei keinem jene Intensität erreicht, wie bei dem Aufseher. Nur bei einem trat, nachdem die Abschuppung bereits vollendet war, akuter Magen- und Darmkatarrh auf, der aber in zehn Tagen gänzlich schwand. In keinem Falle dauerte die Krankheit über vier Wochen.

Die tägliche Gewichtsabnahme schwankte während des Blütestadiums zwischen 200 und 450 Gramm; nach Abblassung des Ausschlages verringerte sich dieselbe so, dafs sie nur zwischen 100 und 250 Gramm betrug.

Erst mit dem Abschlusse der Schuppung stand sie still, und trat hierauf in den nicht komplizierten Fällen eine geringe zwischen 75 und

200 Gramm schwankende Gewichtszunahme ein. Bei dem mit Magen- und Darmkatarrh komplizierten Falle hielt die Gewichtsabnahme bis zur Entlassung aus dem Spitale an.

Ich will gestehen, dafs die ersten Erkrankungsfälle unter den Sträflingen mir einige Besorgnisse einflöfsten, indem ich mich auf einen sehr schweren Verlauf der Krankheit gefafst machte. Haben doch sehr erfahrene Gefängnisärzte die Überzeugung ausgesprochen, dafs Infektionskrankheiten in Gefängnissen einen viel ungünstigeren Verlauf zu nehmen pflegen, als unter der freien Bevölkerung.

Wenn nun auch unsere ganz neu erbaute Strafanstalt den Anforderungen der Hygieine nach allen Richtungen hin vollkommen entspricht, so stand doch zu befürchten, dafs eine Infektionskrankheit bei Individuen, die trotz allem Humanismus in der Behandlung derselben dennoch dem moralischen und materiellen Zwange der Haft und einer strammen Hausordnung unterliegen, ungünstiger verlaufen wird, als bei Individuen, auf denen dieser Alp nicht lastet.

Nun hat sich aber meine Befürchtung nicht nur erfüllt, sondern im Gegenteil war der Krankheitsverlauf ein aufserordentlich gelinder.

Bis nun habe ich somit im ganzen 33 Fälle von Masern bei Erwachsenen zu beobachten Gelegenheit gehabt, darunter waren sechs Sträflinge und doch habe ich keinen dieser Kranken durch den Tod verloren, noch habe ich bei ihnen Erscheinungen gesehen, die auf eine besondere Gefährlichkeit der Masern bei Erwachsenen hindeuten würden.

Magistralformeln aus Dr. P. G. UNNAs Klinik.

Mitgeteilt von

Apotheker Dr. W. H. MIELCK.

Da ich wiederholentlich um Mitteilung der Vorschriften, wie sie sich im Laufe der Jahre in der genannten Klinik nach mannigfachem Wechsel festgesetzt und bewährt haben, angegangen worden bin, so glaube ich mit vorliegender Veröffentlichung dem Wunsche mancher Leser dieser Blätter entgegenzukommen.

Gelatina Zinci dura.

℞	*Gelatinae albae*	pts.	4
	Zinci oxydati	„	3
	Glycerini	„	5
	Aquae	„	9

fiant lege artis Gelatinae pts. 21, quibus, si vis, admiscere potes:

Picis liquidae
vel
Extracti Cannabis Indicae
vel
Resorcini ptm. 1
vel minus.

Corporum supra dictorum cave ne majorem quantitatem admiscas.

Gelatina Zinci vulgaris.

℞	*Gelatinae albae*	pts.	3
	Zinci oxydati	„	3
	Glycerini	„	5
	Aquae	„	9

fiant lege artis gelatinae pts. 20, quibus, si vis, admiscere potes

Sulfuris praecipitati ptm. 1
vel
Ammonii sulfoichthyolici „ 1/2—1

Massa urethralis.

℞	*Olei cacao*	pts.	100
	Cerae flavae	„	5
	Balsami peruviani	„	2
	Radicis Curcumae pulv.	„	5

In balneo vaporis digerantur per duas horas,
tum a sordibus filtratione depurentur.
Olei filtrati partibus 100
lenissimo adhibito calore admisce conquassando
Argenti nitrici in aquae
pauxillo *soluti* partem 1 vel quantum vis.

Pasta Calcii chlorati cum pice.

℞	*Zinci oxydati*	pts.	4
	Olei cadini	„	4
	Terrae siliceae	„	8
	Calcii chlorati	„	2
	Aquae destillatae	„	20
	Vaselini flavi	„	26

Solvantur et misceantur ut fiat pasta.

Pasta Lithargyri cum Amylo.

℞	*Lithargyri*	pts.	6
	Aceti crudi	„	18

coquendo et evaporando inter agitationem fiat Massa pultiformis, cui refrigeratae admisce

Amyli	pts.	5
Aquae	„	15

Iterum coquendo et

Glycerini	„	20

admiscendo fiat lege artis pasta ponderis partium 40.

Pasta Zinci.

℞ *Zinci oxydati*	pts.	10
Terrae siliceae	„	2
Adipis benzoati	„	28

Lege artis terendo misceantur.

Pasta Zinci mollis.

℞ *Calcariae carbonicae*
Zinci oxydati
Olei Lini
Aquae Calcis ana partes aequales.

Lege artis misceantur.

Pasta Zinci sulfurata.

℞ *Zinci oxydati*	pts.	6
Sulfuris praecipitati	„	4
Terrae siliceae	„	2
Adipis benzoati	„	28

Lege artis terendo misceantur.

Spiritus capillaris.

℞ *Resorcini*	pts.	5
Spiritus 95°	„	150
Spiritus coloniensis	„	50
Olei Ricini	„	2

Solvantur ut fiat liquor limpidus.

Unguentum Acidi salicylici cum Kreosoto.

℞ *Acidi salicylici*	pts.	4
Kreosoti faginei	„	8
Unguenti simplicis	„	4 vel plus usque ad pts. 5
Cerae flavae	„	4 vel minus usque ad pts. 3.

Leni calore colliquendo et probe subigendo fiat unguentum. Unguenti et Cerae ratio inter se secundum aeris temperaturam differt.

Unguentum compositum Chrysarobini.

℞ *Chrysarobini*	pts.	5
Acidi salicylici	„	2
Ammonii sulfoichthyolici	„	5
Vaselini flavi	„	88

Misce fiat unguentum.

Unguentum compositum Pyrogalloli.

℞ *Acidi pyrogallici*	pts.	5
„ *salicylici*	„	2
Ammonii sulfoichthyolici	„	5
Vaselini flavi	„	88

Misce fiat unguentum.

Unguentum compositum Resorcini.

℞ *Resorcini*
Ammonii sulfoichthyolici ana pts. 5
Acidi salicylici „ 2
Unguenti simplicis „ 88

Misce fiat unguentum.

Unguentum pomadinum.

℞ *Olei cacao* pts. 2
Olei Amygdalarum „ 4, aestate, vel hieme usque ad pts. 6.
Olei rosarum q. s. ad gratum odorem.

Unguentum pomadinum compositum.

℞ *Sulfuris praecipitati*	pts.	4
Resorcini	„	2
Unguenti pomadini	„	100

Misceantur.

Unguentum pomadinum sulfuratum.

℞ *Sulfuris praecipitati*	pts.	2
Unguenti pomadini	„	60

Misceantur.

Unguentum refrigerans.

℞ *Unguenti simplicis* pts. 12
Aquae Rosae
Aquae Naphae ana „ 2
Lanolini pauxillum

Fiat unguentum.

Unguentum simplex.

℞ *Axungiae benzoatae* ptm. 1
Olei benzoati vel
„ *styracinati* ptm. dimidiam.

Non confundendo sed conterendo commisceantur.

Über einen neuen Mikrobrenner und seine Anwendung bei der Rosacea und anderen Hautkrankheiten.

Von

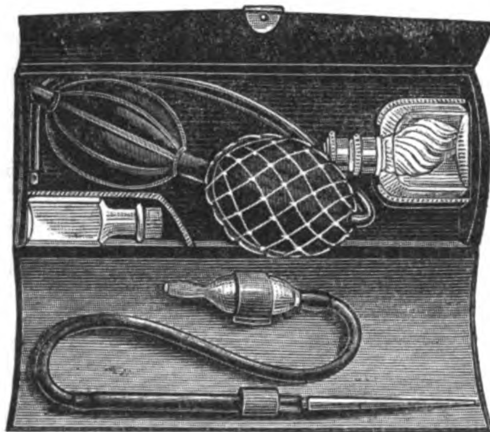
P. G. UNNA.

Nach einem Vortrag, gehalten auf der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Heidelberg.

(Mit 1 Abbildung.)

Nachdem TAENZER das Prinzip eines Mikrobrenners für die Haut erörtert hatte, und als dasselbe sich in der Gestalt seines Mikro-Galvanokauters auf meiner Klinik bewährte, lag der Gedanke sehr nahe, dasselbe auch in der Form eines Mikro-Paquelins zur Ausführung zu bringen.

Das erwähnte Prinzip besteht bekanntlich darin, daſs für gewisse Hautleiden zu gleicher Zeit der Hitzegrad des Brenners und der Durchmesser des Brennschorfs einfach dadurch auf das eben zulässige und mögliche Minimum beschränkt werden, daſs die Hitze vom glühenden Platin erst auf eine feine Kupfernadel übertragen zur Wirksamkeit gelangt.



Wie in TAENZERS Mikrogalvanokauter die Kupfernadel durch Umwickelung mit einer erglühenden Platinspirale erwärmt wird, so in meinem Mikrobrenner durch feste Verlötung derselben mit der Spitze eines in kleinen Dimensionen ausgeführten Paquelins. Vom ursprünglichen Paquelin hat mein Mikrobrenner sich allerdings in seiner äuſseren Form sehr entfernt, ich hoffe zu seinem Vorteil.

Die hauptsächliche Vereinfachung, welche ich angebracht habe, besteht in dem Ersatz der Benzinflasche durch eine kleine Kugel aus dickem Glase, welche mit Watte gefüllt gerade soviel Tropfen Benzin vorher in sich aufnimmt (10—20 Tropfen), wie für eine Sitzung von 5—10 Minuten erforderlich sind. Diese Kugel ist in den Gummischlauch eines Doppelgebläses eingeschaltet und wird durch 2 halsartig abgeschnürte Ansätze

mit den beiden Schlauchstücken verbunden. Ihre dem Doppelgebläse zugekehrte Öffnung ist weit; sie dient zum Eingießen der Benzintropfen und läſst den Luftstrom ungehindert sich mit dem Benzindampf mischen. Die dem Brenner zugekehrte Öffnung ist absichtlich verengt, um die Zufuhr frischen Benzindampfes zum Paquelin zu mäſsigen.

Eine Abänderung muſste auch der Ansatz des Brenners erfahren. Denn es gilt hier, die feine Spitze mit Sicherheit und Leichtigkeit auf den kleinsten Hautbezirken umherzuführen. Dazu war es nötig, jede unnötige Länge und Schwere des Brenners zu vermeiden. Ersteres besonders deshalb, weil die Kupfernadel den Mikrobrenner bereits um 1½ Zoll verlängert. Ich lasse deshalb den Gummischlauch direkt über das vernickelte Ansatzstück des Platinbrenners ziehen, trenne aber Gummi und Metall, um eine zu starke Erwärmung des ersteren zu vermeiden, durch ein gläsernes Zwischenstück. So ist der Griff handlich, leicht und keiner starken Erwärmung ausgesetzt, selbst wenn man 10 Minuten lang mit demselben arbeitet.

Ich kann diese Form des Mikrobrenners überall dort empfehlen, wo eine elektrische Batterie nicht zur Hand ist. Die Vereinfachung, welche der Ersatz der Benzinflasche durch die Benzinkugel mit sich bringt, ist zudem einer allgemeinen Verwertung für alle anderen Brenner nach PAQUELINS System fähig. Sie macht nicht bloſs den Apparat bequemer, leichter und billiger, sondern ersetzt häufig einen Assistenten. Man übergibt den Ballon dem Patienten selbst, dessen Aufmerksamkeit dadurch in erwünschter Weise ablenkend, hält den Brenner in der rechten Hand und hat die linke für Fixierung des betreffenden Körperteils frei.

Die Instrumentenfabrik BAUER & HÄSELBARTH in Eimsbüttel bei Hamburg hat mir den beschriebenen Apparat konstruiert und gedenkt, die Vereinfachung der Benzinzuführung auch bei anderen Brennern des Systems PAQUELIN einzuführen. —

Die ausgedehnteste Anwendung von meinem Mikrobrenner habe ich bei der Rosacea gemacht und zwar hauptsächlich zu dem Zwecke, die sichtbaren gröſseren Venenverästelungen rasch und dauernd zu zerstören, welche nach Beseitigung der allgemeinen Kapillarröte übrig bleiben. Die Behandlung der Rosacea auf seborrhoischem Boden findet in meiner Klinik stets so statt, daſs — auſser der notwendigen antiseborrhoischen Behandlung des Kopfes — die ergriffenen mittleren Partien des Gesichts mehrmals täglich mit einer sehr starken Resorcinpaste:

Pastae Zinci
Resorcini āā pp. aeq.

eingerieben werden. Im Laufe der nächsten 3—4 Tage bildet sich eine stark gespannte, sich beständig mehr kontrahierende Hornschwarte. Diese schält sich in 2—3 Tagen unter Zinkleim oder Salbemullen glatt ab und

hinterläſst eine weit glättere, blassere und weniger geschwollene Gesichtshaut. Es kommt hier ebensowohl die günstige Wirkung des Resorcins auf den seborrhoischen Prozeſs wie des starken Druckes der innig anhaftenden Hornschwarte in Betracht. Nach ein oder zweimaliger Abschälung treten nun auf dem blassen Grunde die gröſseren Venenbündel deutlich hervor. Dann erst schreite ich zur direkten Zerstörung einzelner gröſserer Gefäſse, indem ich der nochmaligen Abschälung eine sorgfältige Behandlung mit dem Mikrobrenner vorausschicke. Ich zeichne einfach unter leichter Berührung der künstlich angespannten Haut sämtliche sichtbare Gefäſse nach, bis deren Verästelungen — wie vorher in roten — nun in weiſsen Linien auf der Haut sichtbar sind. Der Schmerz dieser Manipulation ist nicht bedeutend, etwa so groſs, wie der der multiplen der Stichelung, und erfordert niemals die Narkose oder örtliche Anästhesie. Die höchst oberflächlichen, niemals zu den geringsten Narben Anlaſs gebenden Brandschorfe werden nun in die nächste Resorcinschwarte eingebettet, bei deren Abfall die Gesichtshaut nicht nur wiederum weiſser, sondern auch um jene Venenverästelungen ärmer ist.

Vor der Stichelung der Hautgefäſse, wie sie allgemein üblich ist, hat die Nachzeichnung mit dem Mikrobrenner vor allem den Vorteil gröſserer Sicherheit. Als Nebenvorteile, die auch nicht zu unterschätzen sind, betrachte ich die Schnelligkeit dieser Art des Operierens und die Vermeidung von Blutung und Blutstillung. Deshalb ist die Methode auch besonders für die Sprechstundenpraxis geeignet, wo sie dann natürlich mit einer milderen Behandlung zu kombinieren ist, geringsten Falles mit dem nächtlichen Gebrauch einer Schwefelsalbe

℞ *Ung. Zinci* 20,0
Sulfur. praec. 2,0
M.

Kurz gesagt ist das Prinzip der Rosaceabehandlung in allen Fällen folgendes: Zuerst Entfernung der Kapillarröte auf nicht chirurgischem Wege (Resorcinpaste, Resorcindunstumschläge, Schwefelsalben oder -pasten, Ichthyoldunstumschläge oder Ichthyolfirnis etc.), dann chirurgische Behandlung der restierenden gröſseren Hautvenen mittels meines oder Taenzers Mikrobrenners.

Wenn nach der Ausbrennung der Gefäſse die Schälpaste nicht appliziert, das Gesicht also frei getragen wird, so empfiehlt es sich, hinterher soviel wie möglich feuchte Umschläge machen zu lassen, damit die feinen Brandschorfe nicht dunkel hervortreten. Hierzu dient Bleiwasser oder — wenn zugleich Schwefel angewandt wird — verdünnte essigsaure Thonerde, Kamillenthee oder andere leicht adstringierende Mittel.

Auſser zur Behandlung der Rosacea habe ich bisher meinen Mikrobrenner bei sehr feinen Fistelgängen mit Nutzen verwandt, so z. B.

bei Eiterungen der Cysternae frenuli. Diese feinen Epithelröhrchen zu beiden Seiten des Bändchens sind bekanntlich manchmal der Sitz einfacher oder schankröser Suppuration. Zur Einbohrung des Höllensteinstiftes oder gewöhnlichen Spitzpaquelins sind diese zu fein, und man war daher bis jetzt auf die Ausätzung mit einem feinen mit Höllenstein armierten Drahte angewiesen. Für ähnliche feine Fisteln, wie sie zuweilen an den weiblichen Genitalien und am After vorkommen, möchte sich der Mikrobrenner ebenfalls empfehlen.

Als eine dritte Indikation kann ich die kleinsten Lupusknötchen hinstellen, besonders wenn sie von alten festen Narben eingeklemmt sind. Für gröfsere Lupusknötchen ziehe ich die gewöhnlichen Ansätze des Paquelin vor.

Eine seltenere Indikation bildet der Lichen obtusus, jene halbkugelige von mir beschriebene Form des WILSONschen Lichen, welche im Centrum eine Hornperle trägt. Diese Effloreszenzen lassen sich durch einmaliges Einsenken des Brenners im Centrum oft rasch zur Heilung bringen.

Ob der Mikrobrenner bei Feuermälern und dem Ulerythema centrifugum (sog. Lupus erythematosus) besondere Vorzüge besitzt, mufs die Zukunft lehren. Es scheint mir aber keinem Zweifel zu unterliegen, dafs derselbe sich bei manchem auf kleinen Raum beschränkten Affektionen des Auges, des Ohres und der Nase mit Vorteil verwenden lassen wird. Auch für Affektionen des Thränennasenkanals und der Zahnpulpa erscheint er sehr geeignet.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 5. November 1889.

Vorsitzender: Herr KÖBNER. Schriftführer: Herr SAALFELD.

Herr LASSAR stellt 2 Fälle von **Lupus erythematodes** vor und bemerkt hierzu, dafs, während er von der Behandlung des Lupus durch den Paquelin sehr eingenommen ist und in vielen Fällen auch damit gute Resultate erzielt hat, es doch Fälle gebe, bei denen die Behandlung nicht zum Ziele führt. In solchen Fällen empfiehlt er den von SAALFELD auf der Naturforscherversammlung in Heidelberg vorgeschlagenen **Perubalsam**. Er stellt deshalb die beiden Fälle vor, in welchen der Perubalsam angewandt ist, und hat solches bei dem ersten Patienten, einem Schneidermeister, der einen Horror vor jeder eingreifenden Behandlung hatte, insofern einen Erfolg gehabt, als die lokalen Erscheinungen milder, das Jucken geringer und das Infiltrat mäfsiger wurde; die Ausbreitung des Prozesses hat sich aber nicht aufhalten lassen.

Bei dem 2. Falle, einem jungen Mädchen, das von anderer Seite sehr sorgfältig mit dem Paquelin behandelt worden war, zeigte der Lupus nicht allein keinen Rückgang, sondern breitete sich immer mehr aus. Es wurde nun Perubalsam 3 mal täglich 1 Stunde lang mit so günstigem Erfolge angewandt, dafs der Lupus an den Wangen fast geheilt und an der Nase wesentlich gebessert ist.

Herr Rosenthal bemerkt hierzu, dafs die Patientin vorher von ihm mit dem Paquelin behandelt und dafs sie vor seiner Reise im August beinahe völlig hergestellt war. Im September kam sie wieder zu ihm mit einer neuen Eruption, und jetzt wurde teils Salicylpaste, teils Emplastr. mercuriale angewandt, doch hat sich die Patientin nicht mehr bei ihm sehen lassen. Er behauptet, dafs ein neues akutes Stadium eingetreten war, in welchem alle Behandlungsmethoden keinen Erfolg haben. Die Paquelinbehandlung hat das Leiden durchaus nicht verschlimmert; in solchen Fällen wäre der Lupus zum Stillstand und Rückbildung gelangt auch ohne Perubalsam.

Herr Lassar wollte nur konstatieren, dafs der Perubalsam hier in dem Augenblick der Anwendung einen günstigen Einflufs hatte.

Herr Oesterreicher stellt einen Fall mit **papulösem Syphilid** vor, **bei dem die Infektion extragenital** war. Das Ulcus war nämlich am Gesicht entstanden, wahrscheinlich beim Rasieren, denn man fühlt jetzt noch die Verhärtung, und darnach bildete sich das Exanthem.

Herr Oesterreicher demonstriert dann einen frischen Fall von **Lichen ruber**, der insofern interessant war, als das Leiden über den ganzen Körper verbreitet und plötzlich aufgetreten war.

Herr Oesterreicher zeigt ferner ein lebendes Kind mit **Ichthyosis congenita**; dasselbe ist 2 Tage alt und stammt von einer Mutter, welche schon 2 solche Kinder geboren hat. Das älteste war im Jahre 1886 zur Welt gekommen, lebte nur 3 Tage. Dieser Fall ist in einer Dissertation von Franz Bruck bearbeitet. Das zweite ist im Jahre 1888 geboren, war vollständig ausgetragen, während die beiden anderen ungefähr 2—3 Wochen früher zur Welt kamen. Die Eltern sind gesund; die Mutter hatte vor dem ersten mit Ichthyosis behafteten Kinde 6 mal geboren und einen Abortus gehabt, dann starb der Mann; unbekannt ist es, ob die 3 mit Ichthyosis behafteten Kinder illegitim sind, oder ob die Mutter sich nochmals verheiratet hat. In allen 3 Fällen war der lederartige Panzer mit den charakteristischen Rissen, die blutig rot gefärbt sind, vorhanden; nebenbei bestanden die Verkrümmungen an den Gelenken besonders der Hände und Füfse. Die meisten Kinder leben nur 2—3, höchstens 8—9 Tage.

Herr Berend bemerkt hierzu, dafs solche Fälle auch älter werden können; es sei ein Fall beschrieben, der 3 Jahre alt geworden sei; er selbst habe einen solchen gesehen.

Herr Rosenthal stellt einen Fall mit **Schmerzhaftigkeit des linken Beines** und bedeutender Anschwellung der Wade vor; der Patient war vor 2½ Jahren infiziert und hatte eine doppelseitige Iritis.

Herr Rosenthal demonstriert einen Fall von **lokalisierter Akne mit Komedonenbildung** nur an den Ohrmuscheln. Vor mehreren Jahren hat die Patientin an erfrorenen Ohren gelitten.

Herr Lassar: **Über Rhinophyma.** Im Oktober v. J. kam der vorgestellte Patient in die Behandlung von Lassar, und es wurde an ihm die Operation, wie L sie schon angegeben hat, im August d. J. mit gutem Erfolge ausgeführt, so dafs die

Nase des Patienten jetzt eine vollkommen normale ist. Patient ist im gewissen Sinne Potator, indem er täglich grofse Quantitäten vinum rubrum zu sich genommen hat. Obgleich der Prozefs jetzt zum Stillstand gekommen ist, so sind die Talgdrüsen doch immer noch gefüllt und müssen zeitweise ausgedrückt und mit Resorcinsalbe behandelt werden. Die mikroskopischen Präparate, die Herr Lassar demonstriert, zeigen die Eigentümlichkeiten, die L. auch schon früher angegeben hat; man sieht in dem Gewebe einen ungemeinen Reichtum an Mastzellen. Man kann ferner eine Talgdrüsenausweitung konstatieren und zwar eine Ausweitung der Follikel, die sich dann später miteinander verbinden, so dafs cystische Affektionen entstehen, die durch die Hypersekretionen in Bindegewebe übergehen, das durch zahlreiche Zellinfiltrationen durchsetzt ist. Auf diese Weise kommt ein Adenofibrom zustande, iwofür L. diese Prozesse hält.

Herr Rosenthal erklärt im Auftrage des abwesenden Herrn Lewin, dafs letzterer glaubt, dafs der Prozefs von den Talgdrüsen ausgeht und mit Bindegewebswucherung verbunden ist. Er habe in einem Falle von einer Auslöffelung der Talgdrüsen bis auf den Knochen günstige Wirkungen gesehen, in einem 2. Falle habe er Äther, nnerlich Alkohol und die von ihm vorgeschlagene Diät neben Auskratzung angewandt und eine wesentliche Besserung erzielt.

Herr Köbner konstatiert, dafs die mikroskopischen Präparate mit dem von ihm veröffentlichten Falle übereinstimmen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

17. Sitzung.

Vidal. 11monatliches Kind gesunder Eltern, seit etwa 6 Wochen an einer **Folliculitis** erkrankt, deren einige Elemente in ihrem Zentrum vesikulo-pustulös werden. Aufserdem finden sich an Händen und Füfsen noch Blasen mit entzündetem Hof und von erythematösem Aussehen.

E. Besnier stellt einen typischen Fall von **Lichen planus** vor.

E. Besnier. Fall von **Lymphodermia perniciosa Kaposi** bei einem 76jährigen Manne. Die Haut ist am ganzen Körper in den verschiedensten Schattierungen rot; sie ist verdickt und aufserordentlich stark gefaltet, als ob sie für den Körper zu grofs sei; gleichzeitig besteht starkes Jucken und leichte Abschilferung. Die Krankheit begann vor einigen Monaten mit furunkelartigen Tumoren, die sich zum Teil unter Entleerung von etwas Eiter öffneten, zum Teil bestehen blieben. Zur Zeit bestehen, neben den schon geschilderten Veränderungen, an 18 solcher Koten, ganze Hautflächen sind livide und infiltriert, und am oberen Teil des Kreuzbeins findet sich eine feste, makronenförmige Neubildung; endlich, unter der rechten Brustwarze ein mandelgroßer Knoten. Zu der von Kaposi in den *Med. Jahrbüchern d. k. k. Gesellsch. d. Ärzte in Wien.* 1885 beschriebenen Krankheit gehören aber noch einige weitere Symptome, die hier erst angedeutet sind: die Drüsenanschwellungen, die Vergröfserung der Milz, die Vermehrung der weifsen Blutkörperchen. Die Krankheit verläuft im Mittel in 2 Jahren tödlich. (Der Vorgestellte starb einige Zeit darauf an unstillbaren Durchfällen.) — Quinquaud hat die Krankheit nur bei Leuten über 40 Jahre beobachtet. Wichtig für die Prognose sei der Zustand der Nieren, die früher oder später leistungsunfähig werden; die Knoten enthielten hier meistens eine sero-gummöse Flüssigkeit, wodurch sie sich von Furunkeln unterscheiden. — Auf Befragen Hallopeaus erklärt Besnier, dafs zwischen der Lymphodermia perniciosa

und der Mykosis fungoides allerdings Beziehungen bestehen, bei beiden sei das Lymphgefäſsnetz erkrankt, bei beiden bestände Pruritus und Ekzem. Jedoch seien der Übergänge viele zwischen beiden Formen.

VIDAL spricht ebenfalls über einen Fall von **Lymphodermia perniciosa**, beobachtet an einem 66jährigen Manne, der an einer Lungenentzündung rasch zu Grunde ging. Die ausführlich mitgeteilte Krankengeschiuhte erinnert im wesentlichen an den von E. BESNIER vorgestellten Fall. Für VIDAL ist die Daseinsberechtigung der Lymphodermia perniciosa neben der Mykosis fungoides noch nicht erwiesen.

HALLOPEAU stellt einen typischen Fall von **Pemphigus arthriticus BAZIN** (Dermatitis herpetiformis DUHRING; Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica BROCQ) vor. Es handelt sich um den zweiten Anfall bei dem nämlichen Indviiduum. Der Ausschlag macht auf den ersten Blick wirklich einen polymorphen Eindruck: man findet da gleichzeitig erythematöse Plaques, groſse Vesikeln, verschieden groſse Blasen mit teils serösem, teils eiterigem Inhalt, schlieſslich papulöse, mit Krusten bedeckte Knötchen. Aber nach H. deutet diese Polymorphie, auf die BROCQ das Hauptgewicht legt, nur die verschiedenen Entwickelungsstufen desselben krankhaften Vorganges an. Der Ausschlag bestehe nämlich in einer Hauthyperämie, der bald eine seröse Exsudation folgen kann; fällt letztere weg, so ist das Exanthem einfach erythematös, oder papulo-erythematös; anderseits vermögen an der ganzen Oberfläche oder um eine erythematöse Plaque herum sich Blasen zu bilden, deren Inhalt sich durch Einwanderung von Eiterkokken trübt; die mit Krusten bedeckten Papeln endlich seien eingetrocknete Blasen. Die Natur der Krankheit anlangend, so neigt H. zur Ansicht, daſs sie infolge Autoinfektion durch Leukomaine entstehe. — BROCQ: Das Leiden verursache nicht immer nur Jucken, sondern oft auch heftiges Brennen. Der Polymorphismus im vorgestellten Falle sei doch unverkennbar. — E. BESNIER: Die Krankheit sei weder neu noch selten; er rechne sie zum Erythema polymorphum bullosum. — LAILLER: Die Blasen entstehen bei Hydroa bullosa BAZINS nicht immer auf einer erythematösen Plaque, sondern häufig auch auf gesunder Haut. — E. BESNIER: Ersteres sei fast immer der Fall; letzteres sei meistens nur scheinbar und beruhe auf Täuschung; die wenigen, auf gesunder Haut aufsitzenden Blasen nenne er „Bulles aberrantes."

FOURNIER. Kind von 3 Monaten mit **syphilitischer Pseudo-Paralyse** nach PARROT. Geboren wurde dasselbe am 26. November 1888 scheinbar gesund; dann stellten sich bald syphilitische Symptome ein, und am 14. März 1889 war der rechte Arm wie gelähmt, Anschwellung des betreffenden Ellbogengelenks, auf Druck schmerzhaft. Bei geeigneter Behandlung baldige Besserung. Auffallend sei bei diesem Falle das Einsetzen der Knochenerkrankung, gerade als die Hauterscheinungen zurückgingen. PARROT seien die Kinder mit Pseudo-Paralyse immer gestorben; er, FOURNIER, erhielt sie bei seiner Behandlung mit Jodkali und Schmierkur am Leben. — LAILLER: Weil die Kinder, die PARROT im Hospice des Enfants-Assistés zu behandeln bekam, sich in den denkbar schlechtesten Ernährungsverhältnissen befanden. — FOURNIER: Allerdings hänge die Prognose in erster Linie vom Allgemeinbefinden der kleinen Patienten ab. *Türkheim-Hamburg.*

Besprechungen.

S. Kohn, **Beitrag zur Behandlung der Hoden- und Nebenhodenentzündung.** Mit 3 Abbildungen.

Unter diesem Titel veröffentlicht K. im *Internationalen Centralblatt für die Physiol. und Pathol. der Harn- u. Sexualorgane.* 1889. Nr. 5 ein neues Suspensorium, welches sich von den bisher gebräuchlichen vor allem dadurch unterscheidet, dafs der Leibgurt fehlt. Derselbe wird ersetzt dadurch, dafs an dem Beutel vier lange elastische Binden befestigt sind (je zwei längere am oberen Zipfel und zwei kürzere vom unteren Winkel ausgehend), welche unter einander durch eine Schnalle in der Weise verbunden sind, dafs das vom linken oberen Beutelzipfel ausgehende Band durch die am rechten unteren oder Schenkelband befindliche Schnalle mit demselben verbunden wird und umgekehrt (s. die Abbildung Figg. 1 u. 2).

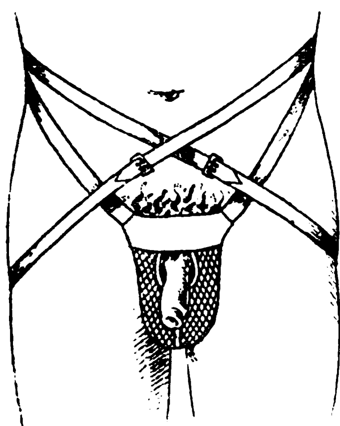


Fig. 1.

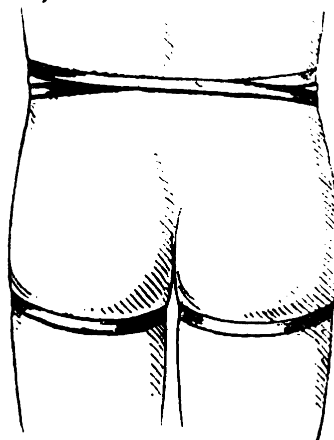


Fig. 2.

Es ist gewifs ein origineller Gedanke, nur durch geschickt um die Hüften geleitete Bänder den stets unbequemen und die Atmung behindernden Leibgurt entbehrlich zu machen. Die einfache Konstruktion, das leicht zu erlernende Anlegen des Verbandes, das Wegfallen von Knöpfen, Ösen, Haken etc. sind unzweifelhaft grofse Vorteile bei der Kohnschen Bandage — in der Theorie! In der Praxis finden wir leider doch noch manchen Haken!

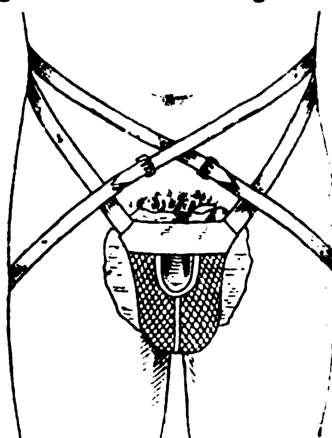


Fig. 3.

Die Darmbeinkämme sollen nämlich die Bänder am Abgleiten verhindern. Das kann natürlich nur dadurch geschehen, dafs die Gummibänder stark angezogen werden, wenn der Patient nicht an und für sich eine schön ausgebildete Lieutenantstaille hat.[1]

Die Gummibänder am Kohnschen Suspensorium sind aber von so schwachem und schlechtem Material (daher der billige Preis von Mk. 2.—), dafs sie bei einigermafsen starkem Anziehen ihre Elastizität auf Kosten des Zweckes und der Dauerhaftigkeit verlieren. Thut man das aber nicht, so rutschen die Bänder einfach von den Hüften herunter und die ge-

[1] Bei Damen würde die Bandage sicher gut sitzen! Doch wenn diese auch keine Suspensorien brauchen, so könnte man diese Bandage in geschicktem Arrangement zu einer Menstruationsbinde ganz vorzüglich verwerten.

wünschte Suspension des Hodens wird illusorisch. Ein zirkulär um den Leib verlaufender Gürtel braucht, da er viel mehr Haltepunkte hat, viel weniger angezogen zu werden, um einen guten Sitz zu bewerkstelligen, als die schräg von den Hüften nach den Schenkeln verlaufenden Kohnschen Bänder.

Kohn würde seine Suspensorien gewiſs vorteilhaft umgestalten, wenn er — wie er das schon bei den unteren oder Schenkelbändern gethan — die oberen oder Hüftbänder nur zum Teil elastisch machte, d. h. das Rückenstück aus breitem Gurtband anfertigen lieſs.

Ein zweiter Hauptnachteil an den Kohnschen Suspensorien ist der, daſs durch den Zug der von vorn schräg zur Hüfte aufsteigenden Bänder der Hoden nicht gehoben, sondern zwischen die Schenkel gepreſst wird. Schon aus diesem Grunde ist der Gürtel der bisher gebräuchlichen Suspensorien, der den an ihm befestigten Bändern einen fixen Punkt gibt, schwer zu entbehren. Die Kohnschen Suspensorien ersetzen ihn keineswegs.

Will man absolut keinen Leibgurt und doch eine vorzügliche Suspension haben, so muſs man schon eine Hosenträgerbandage, wie die Sternschen Suspensorien, anwenden.

Noch mehr als bei den Trippersuspensorien macht sich der Mangel der vollkommenen Suspension bemerkbar bei den nach derselben Weise von Kohn umgestalteten Langlebertschen Suspensorien (s. Fig. 3). Der entzündete Hoden muſs hier vor allem vor der Gefahr geschützt werden, daſs er durch die Schenkel gequetscht wird.

An dem Kohn-Langlebertschen Suspensorien vermisse ich aber auch noch die seitlichen tiefen Einschnitte an dem Beutel mit den daran befindlichen Bändern (s. die Abbildung in dieser Zeitschrift. IV. Band. 1885. pag. 123. Figg. 2a u. 4a), wodurch die Einpackung mit Watte erleichtert und durch das Zusammenschnüren der Bänder ein milder Druck von oben nach unten auf den kranken Hoden ausgeübt und so die Resorption beschleunigt wird. Sonst ist nichts Besonderes an dem Beutel, als daſs Verf. ihn nach des Referenten Angabe (s. diese Zeitschrift Bd. VI. 1887. pag. 154) aus Gummistoff angefertigt hat. Dem Verf. sind augenscheinlich die in dieser Zeitschrift über diesen Gegenstand veröffentlichten Arbeiten entgangen, und doch hat er sich bei der jetzigen Form seines Suspensoriums ganz genau an die von Unna angegebene Norm gehalten, während er bei seinem früheren Suspensorium (s. diese Zeitschrift. Bd. IV. 1885. pag. 126) diese Grundzüge guter Suspensorien weniger berücksichtigt hatte. Diese Behauptung ergibt sich aus der längeren Beschreibung der Anwendung seiner Suspensorien bei Tripper und Hodenentzündung, welche den Hauptteil der Arbeit ausmacht; wir glauben darauf verzichten zu können, da in demselben nur in ausführlicherer Weise die bandaginelle Behandlung dieser Affektionen auseinandergesetzt wird. *Ihle-Leipzig.*

J. B. Brik. **Vorlesungen über Krankheiten der Harnorgane** von Prof. Dr. Robert Ultzmann. 2. Heft. Wien. M. Breitensteins Verlag.

Die zahlreichen Schüler des leider so früh dahingeschiedenen groſsen Forschers und ausgezeichneten Lehrers, Prof. Ultzmann, werden mit dem Referenten, dem Verf. höchst dankbar sein, daſs er den bereits veröffentlichten Vorträgen (die als 1. Heft dieser Arbeit einverleibt wurden) jetzt ein zweites folgen läſst. Vor allem werden sie ihm danken, daſs er verspricht, „auf Grund seiner langjährigen genauen Aufzeichnungen den reichen Schatz der Lehren Ultzmanns, insbesondere jene Lehren, welche noch nicht in andrer Weise zur Publikation gelangt sind, der Vergessenheit zu entreiſsen, als bleibendes Andenken seiner Schüler und als willkommene Bereicherung

der medizinischen Litteratur.“ Nach des Ref. Meinung sollte er sogar noch einen kleinen Schritt weiter gehen und auch die so vielfach in Fachschriften zerstreuten, zum grofsen Teil gänzlich vergriffenen Arbeiten des allverehrten Meisters sammeln, um so nach Möglichkeit der Wissenschaft einen Ersatz zu bieten für den Verlust, den sie dadurch erlitten, dafs ULTZMANN, nur durch seinen Tod verhindert, uns kein zusammenhängendes Ganze seines reichen Wissens hinterlassen konnte.

Und gewifs kein andrer ist so berechtigt zu dieser Aufgabe als Dr. BRIK, sein treuer zehnjähriger Assistent, und wie trefflich er sie nach dem Veröffentlichten lösen wird, kann nur ein Schüler ULTZMANNS beurteilen. Es ist die klare, einfache Sprache des Meisters; in logischer Schärfe entwickelt sich der Vortrag über das gestellte Thema in möglichster Kürze — oft zu sehr gedrängt für den früheren eifrigen Hörer ULTZMANNS; kleine, praktische Winke neben grofsen weitdenkenden Lehren, als wenn er selbst vor uns stünde, der geliebte Lehrer.

Das nur 35 Seiten starke Heftchen absolviert ein reiches Material: die funktionellen Störungen der Blase (1. Cystospasmus, 2. Incontinentia urinae, 3. Insufficienz, 4. Spasmus anterior sphinctoris vesicae), Urethritis, Fremdkörper in der Harnröhre, Strikturen derselben. *Ihle-Leipzig.*

A. PEYER. **Die reizbare Blase oder idiopathische Blasenreizung.** Stuttgart, 1888. FERD. ENKE.

Die reizbare Blase, eine viel häufigere Krankheit als man glaubt, darf nur dann diagnostiziert werden, wenn bei vollkommen klarem Urin sich häufiger Harndrang vorfindet, der sich schliefslich alle 5 Minuten einstellen kann. Manchmal tritt auch temporäre Harnverhaltung, Ischuria spastica auf. Als Begleitsymptome kommen noch abnorme Sensationen in den Genitalorganen (Brennen in der Urethra beim Wasserlassen oder Kitzel in der Eichel, Gefühl der Ermüdung in der Harnröhre), Schmerz in der Blasengegend, Darmsymptome (Tenesmus, diarrhoische Stuhlentleerungen oder Verstopfungen), Lendenmarksymptome (Kreuzschwäche, Druck im Unterleib, kalte Füfse, Ziehen und Reifsen in den Schenkeln, Anästhesien und Parästhesien in den Genitalien) vor.

Häufig ist die „Blasenreizung“ reflektorisch entstanden durch Erkrankung der Niere, des Nierenbeckens, durch Vaginismus, Darmaffektionen. Die häufigste Ursache liegt in den lokalen Veränderungen der Schleimhaut der Urethra selbst, namentlich in der Pars prostatica und im sogenannten Blasenhals (infolge von Onanie, Coitus incompletus (!), Urethritis gonorrhoica).

Die Therapie wird eingeteilt in

1. Mittel per os (klingen etwas mittelalterlich). [Von allen innerlichen Mitteln hat sich dem Referenten die Tinct. Canabis am besten bewährt.]

2. per rectum. Narcotica in Suppositorienform.

3. Applikation von Medikamenten auf die Blase und Urethra (soll wohl heifsen „in“ diese Teile).

4. Ableitende Mittel (Blasenpflaster auf den Nacken und Hypogastrium, Schwefelbäder, Kaltwasserkur (!), Elektrizität).

5. Operative Behandlung (Dilatation der Urethra, Exzision des Hymen, Katheterismus, Kauterisation resp. Inzision des Blasenhalses).

Eine stattliche Anzahl sehr instruktiver Krankengeschichten illustriert diese mit aufserordentlichem Fleifse und vorzüglicher Sachkenntnis geschriebene Abhandlung.

P. Taenzer-Leipzig.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Vier Fälle von **Kokain-Delirium** hat J. Chalmers da Costa (Philadelphia) (*Journ. of nerv. and mental Diseases*. 1889. pag. 188) bei Individuen beobachtet, die wegen Strictura urethrae resp. Phimose in chirurgischer Behandlung waren. In das Präputium wurde subkutan 0,025 g Kokain, in die Urethra zur Anästhesierung 0,075, 0,025, 0,072 g injiziert. Die 3 ersten Fälle waren Potatoren. Die Delirien dauerten 20 Minuten bis über 1 Stunde, verschieden in ihrer Art (heftige Verwirrtheit, Gesichtshallucinationen, unklare Angst; Deklamationen, Drohungen, Bewegungsdrang etc.). Der Patient mit 0,072 in der Urethra, ein Telegraphenbeamter, fing 5 Minuten nach der Injektion mit der Rechten die gewohnten Telegraphierbewegungen plötzlich an und schien den vor sich hingesprochenen verwirrten Inhalt eines sich anschliefsenden Deliriums in alle Welt zu telegraphieren. Nach 10 Minuten erfolgte Aufklärung ohne Erinnerung an das Vorgefallene. *Pauly-Nervi.*

Verbesserte Vorschrift für **Blaudsche Pillen.**

℞ *Ferr. sulf. puri alcohol praecip.*
Kali carbon. e tart. parat. āā 10,0
Gummi trag. pulv. alcohol. 1,0
Rad. liq. pulv. alcohol. 4,0
f. pil. No. 100. Obduc. cum Aluminii metallici alcohol.

(Schimmeln nicht, zerfallen nicht, behalten ihren Oxydgehalt.) (*Pharmac. Post.* 1889. No. 28.) *Pauly-Nervi.*

Leberthran mit wässerigem Malzextrakt, das reich an Diastase sein mufs, empfiehlt Gubb (London) als völlig wohlschmeckend. Auch unter dem Mikroskope sieht man keine Fettkörperchen, so vollkommen ist die Lösung. (*Pharmac. Post.* 1889. No. 42.) *Pauly-Nervi.*

Benzoesaures Quecksilber zu bereiten gibt E. Lieventhal (*Journ. de pharm. et. de chim.* 1889) eine neue einfache Methode an. Leicht löslich ist es nur in Wasser, das Chlornatrium gelöst enthält. Mit Alkohol oder Äther färbt es sich gelb (da ein basisches Salz wohl entsteht). *Pauly-Nervi.*

Lokale Anästhesie durch Sodawasser (2—3 Syphons, ca. 10 cm von der betreffenden Stelle entfernt aufzuspritzen) empfiehlt Voiturie im *Journ. de sc. méd. de Lille.* 4—5 Minuten hält die Anästhesie an.

Für manchen Landarzt, der seinen Richardsonschen Zerstäuber oder den Äther oder gar beides zuhause gelassen hat, ist dies ein ganz probates Auskunftsmittel. Auch für die Hysterischen, die für den Geruch des Äthers den armen Medicus verantwortlich machen. *Pauly-Nervi.*

Jodpflaster (mit Resina pini und Kampfer auf undurchlässige Leinwand aufgestrichen) soll bequemer, weniger kostspielig sein und eine konstantere Einwirkung gestatten, als Jodtinktur, wie Apotheker G. Tarozzi im *Boll. farm.* 1889 mitteilt. Jedenfalls prüfenswert. *Pauly-Nervi.*

Über **Jodoform und sein Verhalten zu Äther** verdanken wir Apotheker Neuss wertvolle Mitteilungen in der Abteilung für Pharmazie der Naturforscher-

Versammlung 1889. Ein Kriterium der Reinheit des J. wäre es, wenn es in ätherischer Lösung im Tageslicht zersetzt wird, hatte Fischer behauptet. Dies ist unrichtig und trifft nur bei unreinem Jodoform (in ca. 10 Minuten), das übrigens Ekzem erzeugt, zu oder auch bei unreinem Äther, wo sich sofort Jod unter Rotfärbung der Lösung ausscheidet.

Lichtempfindlich ist Jodoform in trockener Form nicht. Erst durch Zutritt von Sauerstoff wird es dies in Lösung und sehr rasch, wenn J. auf Faserstoff, z. B. Gaze[1], fein verteilt ist, wo es eine grofse Oberfläche einnimmt. *Pauly-Nervi.*

Über Pyrodin, von Stabsarzt Dr. Renvers. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 47.) Nach den Untersuchungen Renvers ist das Pyrodin, welches identisch mit dem Hydracetin oder Acetylphenylhydrazin ist, ein direktes Blutgift und mufs aus dem Arzneischatz gestrichen werden. Für uns ist es insofern hier zu erwähnen, als dasselbe gegen Psoriasis empfohlen war, dessen giftige Eigenschaften aber schon Oesterreicher konstatiert hat. *L. Hoffmann-Berlin.*

Allgemeine Therapie.

Über die Anwendung von Jod und Brompräparaten per rectum zu lokalen (regionären) und allgemeinen Heilzwecken, von Prof. H. Köbner (*Therap. Monatsh.* No. 11.) Bei Prostatahypertrophie hat K. günstige Erfolge von Suppositorien aus 0,2 Jodkalium auf 1,0—1,5 Kakaobutter gesehen. Wo eine irgend erhebliche Empfindlichkeit der allseitig oder nur in einem Lappen geschwollenen Prostata auf Druck, oder ein reflektorischer Tenesmus des Mastdarms nach Einschiebung des Zäpfchens, oder wo noch Tenesmus vesicae mit vermehrtem Harndrang am Tage sowie in der Nacht vorhanden war, setzt er 0,02—0,03 Extr. Bellad. zu. Um alle sexuellen Erregungen nach dem Ablauf akuter und während der Dauer chronischer Entzündungen der Prostata resp. des meistens noch miterkrankten prostatischen Teiles der Urethra zu beruhigen, verordnet er:

℞ *Kal. jod.*
Kal. brom. āā 0,25
Ol. Cacao q. s. (1,0).

Bei empfindlichen Kranken wurde häufig ein Gefühl des Brennens in der Schleimhaut hervorgerufen, welches zur Ausstofsung des Zäpfchens führte, weshalb K. zu Jodklystieren überging. Er begann mit Lösungen von:

Kal. jod.	3,0	verteilt auf 10 Klysmata,
Kal. brom.	2,5—3,0	
(event. nebst *Extr. Bellad.*	0,3!)	
Aq. destill.	200,0	

so dafs hiervon 20 g in nur 50—100 erwärmtem Wasser anfangs täglich 1, später 2 mal injiziert wurden.

Dem ersten — gewöhnlich dem Morgen-Klysma — liefs er ein gröfseres Reinigungsklystier aus kühlem Wasser vorausschicken, nach der völligen Entleerung des Rektums ½—1 Stunde warten, bevor der in das Bett zurückgekehrte Patient sich in

[1] wo es mit Stärke zusammentrifft! D. R.

der Seitenlage die Eingiefsung macht, mit welcher er noch mindestens 1/4 Stunde liegen bleiben mufs. Dann stieg er auf 15,0 der Lösung nebst 80—100 g Wasser 2 mal täglich. Sehr wirksam war der Zusatz von reiner Jodtinktur und zwar von 3—10 Tropfen pro Klysma. Dabei schwanden die lästigen subjektiven Beschwerden bezw. Parästhesien im Penis und besonders in der Glans, namentlich die Empfindungen von Kälte und Kraftlosigkeit in denselben, so dafs selbst der Appetitus coëundi wieder erwachte.

In einigen Fällen von syphilitischen Mastdarmgeschwüren mit begleitendem, hartnäckigem, reichlich secernierendem Katarrh der Rektumschleimhaut hatten die Injektionen einen guten Erfolg. Bewährt haben sich diese Injektionen ferner in schweren Syphilisformen, wo das Jod indiziert ist, z. B. bei Dolores osteocopi, bei Hirn- und Rückenmarksyphilis etc. *L. Hoffmann-Berlin.*

In seiner Arbeit über **Jodol** bei inneren Krankheiten (*Wien. klin. Wochenschr.* 1889. No. 6) betont D. Cervesata (Padua) die aufserordentlich günstigen Resultate bei tertiärer Syphilis. Innerhalb 2—3 Monaten gab er 2—3 g pro die innerlich. Lokal pinselte er mit Mazzonischer Jodollösung (1 Jodol, 16 Alkohol, 34 Glycerin). Bei Leber- und Kehlkopfsyphilis hatte das Mittel innerlich rasche und überraschende Erfolge.

Auch bei Skrofulose der Kinder (täglich 0,5—1,0—1,5) hat sich Jodol C. bewährt. Bei chron. Adenitiden daneben Jodolsalbe (1 : 15 Vaselin). Niemals sah er Verdauungsstörungen; vorher vorhandene wichen bei Jodolgebrauch.

Pauly-Nervi.

Einfache Entzündungen.

Herpes Zoster, von Dr. Greenough. (*Med. Record.* Vol. 36. No. 17.) Unter 17 741 Fällen von Hautkrankheiten, die innerhalb von 16 Jahren zur Beobachtung kamen, waren 255 Fälle von Herpes Zoster. Das Durchschnittsalter war zwischen 10 und 15 Jahren. Der jüngste Patient war 3 Monate alt und der älteste 88 Jahre. Je älter die Patienten waren, um so gröfser waren die Schmerzen, über die geklagt wurde. In 19 Fällen im Alter von ungefähr 44 Jahren waren die Schmerzen aufserordentlich stark. Ein anscheinendes Überschreiten der Rückenmittellinie von seiten der Bläschen konnte jedesmal auf eine leichte Krümmung der Wirbelsäule zurückgeführt werden. Ein Patient hatte einen doppelseitigen Herpes Zoster der Nase. Zwei Fälle zeigten den Ausschlag an den Fingerenden, dem Nervus brachialis entsprechend. Eine indifferente, schützende Behandlungsweise, besonders ein Dauerverband mit Diachylonpflaster, hat sich immer noch am besten bewährt. Antirheumatische Mittel, innerlich gereicht, blieben ohne den geringsten Nutzen.

Leviseur-New York.

Blasenausschlag bei Gehirnembolie, von Schweninger und Buzzi. (*Charité-Annalen.* 1889.) Ein 57jähriger, mit Asthma und Herzmuskeldegeneration behafteter Kranker bekommt eine Gehirnembolie. Nach einigen Tagen bilden sich auf beiden Extremitäten, von denen die eine ödematös ist, die andere nicht, exquisite Pemphigusblasen. Die Verf. zeigen, dafs ohne Zweifel die Gehirnembolie mit der Entstehung des Pemphigus in kausalem Zusammenhang stehe, und glauben, dafs dieser Fall für die Frage der Beziehungen zwischen Blasenbildung und Nervensystem von Interesse sei.

Dreckmann-Hamburg.

Spezifische Entzündungen.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Die Berufsdermatosen der Arbeiter, von Dr. A. Blaschko in Berlin. (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 45). 1. Das **Galvaniseur-Ekzem.** Das Ekzem findet sich bei denjenigen in Metallwarenfabriken beschäftigten Arbeitern, welchen das Galvanisieren, d. h. die durch den galvanischen Strom erzeugte Bedeckung metallischer Gegenstände mit einer Schicht eines anderen Metalles oder Metallgemisches überantwortet ist. Das gröfste Kontingent stellen die Gürtler, Goldarbeiter, sowie die in der Bijouterie- und Galanteriewarenfabrikation in galvanoplastischen Instituten beschäftigten Arbeiter, die chirurgischen Instrumentenmacher u. a. m. Bei diesen Kranken findet man ein subakut oder chronisch verlaufendes Ekzem, das zunächst die Dorsalfläche der Finger und Hände, das Handgelenk und manchmal die Ellenbeugen ergreift. Manchmal verbreitet es sich akut über den ganzen Körper und befällt zunächst die nicht bedeckten Teile, Gesicht, Ohren, Hals und Nacken. Die Erkrankung beginnt zumeist an den dritten Phalangen der 3 Mittelfinger, an den Interdigitalfalten und an der Radialkante des Handgelenks, es zeigen sich scharf umschriebene Stellen, an denen die Haut aufgesprungen, die Oberhaut verdickt, rauh und brüchig, von punktförmigen und linearen, leicht blutenden Rhagaden durchsetzt ist. Bald zeigen sich konfluierende Flächen von vesikulösem, pustulösem und impetiginösem Ekzem. Nicht in allen Fällen gesellt sich zu diesem chronisch verlaufenden Prozefs ein akutes Ekzem in Form von gruppierten hochroten Papeln, die meist abschuppen, an dem Vorder- und Oberarm. Ein hochgradiges Erythem mit heftigem Jucken zeigte sich bei einem Arbeiter, der die galvanischen Bäder zusammenzustellen und zu kochen hatte; eine fast in gleichem Mafse bösartig verlaufende Dermatitis beobachtete B. bei einer 18jährigen Vernicklerin. Beim Galvanisieren werden erst gröfsere Zinkgufs- und Messinggegenstände in einer Lauge (heifser gesättigter Soda- oder Pottaschelösung) gebeizt, die dann in die sogenannte Brenne, ein starkes Säuregemisch, das von der chemischen Konstitution des Metalles abhängt, kommen. Für Messing z. B. wird folgende Gelbbrenne benutzt: 50 Teile Schwefelsäure, 100 Teile Salpetersäure, 1 Teil Kochsalz, 1 Teil Glanzrufs.

Die feineren Waren kommen erst in das Benzinbad, dann in kochende Sodalauge, von da in reines Wasser und werden dann in einer Aufschwemmung von feingepulvertem „Wiener Kalk“ in Wasser abgebürstet. Dann erst werden sie in das elektrische Bad gelegt und in Sägespänen getrocknet. Dies ist der Prozefs bei der Vernickelung, während beim Vermessingen und Bronzieren von Zinkwaren häufig noch zum Schlufs ein Abbürsten mit Säuren, namentlich organischen Säuren, wie z. B. der Bierneige, angewandt wird.

Bei den Nickelbädern wirkt das Nickeloxydulammoniak weniger schädlich als solche, in denen Chlornickel enthalten ist; sie haben folgende Zusammensetzung: Chlornickel 1/2 kg, Wasser 10 kg, Zitronensäure oder Borsäure 60—100 g, Salmiak bis zur Klärung, doch mufs das Bad leicht sauer sein.

Therapeutisch ist sehr bald Erfolg zu erzielen, sofern die Arbeiter die Arbeit aussetzen: Borsalbe, Ungt. diachyl. Salicylpaste, bei hartnäckigen Fällen 10—20% Salicylseifenpflaster oder Teerzinkpaste

℞ *Ol. Rusci*
Amyl. pur. āā 5,0
Ung. Zinc. 20,0

Prophylaktisch sind Gummihandschuhe ein striktes Erfordernis, und nach beendeter Arbeit das Einfetten der Hände und Arme zu empfehlen; günstig hat sich dem Verf. auch der Zinkleim gezeigt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Fälle von Psoriasis, welche in der medizinischen Klinik zu Göttingen von 1875—1888 beobachtet wurden, von L. Gothe. (Inaug.-Dissert.) Es werden 45 von 59 Fällen von Psoriasis einzeln aufgeführt. Behandlung: Protrahierte Bäder, Teer, Goa, Chrysarobin; innerlich Sol. Fowleri, durch deren alleinigen Gebrauch in einem Falle völlige Heilung in 10 Tagen erzielt wurde. In einem Falle verschwand eine bis dahin jeder Behandlung trotzende Psoriasis plötzlich beim Auftreten einer Pleuritis und kehrte mit der Resorption des Exsudates wieder. Die Überlegenheit des Goapulvers über den Teer wird aber nicht, wie der Verf. in seiner übrigens fleifsigen Arbeit meint, durch 2 Fälle bewiesen. Ein Mädchen wurde mit Ichthyol behandelt, rasch gebessert, aber leider vor der definitiven Heilung fortgeholt.

Dreckmann-Hamburg.

Zur Pathologie und Therapie des Ekzems im Kindesalter, von Schiff. (Sep.-Abdruck der *Wiener med. Wochenschr.* 1889.) Nach einer kurzen aber klaren Beschreibung der anatomischen Veränderungen der Haut beim Ekzem, Knötchen, Bläschen, Pusteln, charakterisiert der Verf. das, was wir bei Hautkrankheiten unter Diathese zu verstehen haben, dahin, dafs man nur von einer solchen Disposition der Haut sprechen könne, welche in dem anatomischen Bau und der physiologischen Funktion ihre Grundlage findet, dafs dagegen Erkrankungen des Gesamtorganismus, wie sie z. B. bei der Chlorose, Skrofulose, Rhachitis, Rheumatismus vorhanden sind, nur dann als in ätiologischem Zusammenhange mit abnormer Hautbeschaffenheit stehend betrachtet werden können, wenn nicht blofs eine Koinzidenz jener Erscheinungen mit Erkrankungen der Haut vorhanden ist, sondern direkt der verändernde Einflufs jener auf die Hautbeschaffenheit und Funktionsfähigkeit nachzuweisen ist.

Die Ursache der Häufigkeit ekzematöser Erkrankungen in den ersten Lebensjahren findet Verf. in 4 Momenten: 1. der dünnen Epidermis; 2. der oberflächlichen Lage des Papillarkörpers, 3. dem relativ stärkeren Turgor der kindlichen Haut, 4. der habituellen Hypersekretion der Hautdrüsen.

Die auf diesen Momenten beruhende Empfindlichkeit und Empfänglichkeit der kindlichen Haut gegenüber äufseren Schädlichkeiten, unter denen neben vielen anderen besonders die Reizung durch die fettsäurehaltigen Zersetzungsprodukte des Hautsekrets hervortritt, bildet im grofsen und ganzen das, was man unter Disposition in dieser Hinsicht zu verstehen hat.

Die parasitäre Natur des Ekzems hält Verf. für wahrscheinlich, aber nicht für erwiesen. Von einem tuberkulösen Ekzem zu sprechen ist unstatthaft, weil der Tuberkelbacillus in der Haut kein Ekzem zu erzeugen imstande ist; höchstens kann man von einer Übertragung des Tuberkelvirus auf dem Wege eines Ekzems reden (Demme).

Es wird weiterhin ein klinisches Bild der häufigsten Arten des Ekzems sowohl hinsichtlich ihrer grobanatomischen Beschaffenheit (Ekz. papulosum, vesiculosum, pustulosum etc.), als auch ihrer Lokalisation entworfen. Die Crusta lactea wird von dem so lange und auch heutzutage noch vielfach behaupteten exzeptionellen Platze des noli me tangere entfernt und dahin verwiesen, wohin sie gehört: in die Reihe der übrigen Ekzeme.

Die angegebene Therapie der verschiedenen Ekzeme bietet wenig Bemerkenswertes. Speziell gewarnt wird vor dem „Zuvielthun auf einmal“, vor der Anwendung starkwirkender Arzneimittel ohne grofse Vorsicht.

Die vorliegende, klar und verständlich geschriebene Arbeit bildet einen schätzenswerten Beitrag zur dermatologischen Litteratur. *Dreckmann-Hamburg.*

Therapie der Akne disseminata, von Louis Heitzmann. (*Wiener med. Wochenschr.* 1889. September.) Der Verf. heilt 95 % aller Aknefälle, die übrigen 5 % werden vorläufig geheilt und bekommen Rückfälle.

Beim Ekzem steht die Sache noch besser: geheilt werden definitiv 96 %, die rebellischen 4 % laufen vergebens von einem Spezialisten zum andern, bis sie von einem allgemeinen Praktiker durch ein innerliches Mittel gerettet werden.

„Die Akne ist unbestreitbar eine Krankheit der Talgdrüsen und der Pubertät."

„Es gilt die Regel, dafs bald nach erfolgter Verehelichung, also bei legitimer Befriedigung des Geschlechtstriebes, Patienten beiderlei Geschlechts von der Akne befreit werden."

„Weder Masturbation noch der Kultus der Venus vulgivaga ist heilsam für die Akne."

Sekale innerlich allein hilft nicht; behandelt man aber lokal, so findet man in manchen Fällen beim Sekale eine wesentliche Unterstützung. Jedem Aknepatienten soll man von vornherein Käse, Gurken und schwere Alcoholica selbst in den kleinsten Quantitäten verbieten.

Die nun folgende Schilderung der Behandlung rekurriert hauptsächlich auf den Schwefel. Lassarsche und vielleicht auch Unnasche Schälpasten braucht man nicht länger, als eben nötig, nämlich bis die Mehrzahl der Pfröpfe ausgequetscht sind, wobei jeder Patient selbst hilfreiche Hand leisten mufs; dann greift man wieder zum Schwefel.

Die Akne varioliformis hat zwar mit der disseminata nichts zu thun; da dieselbe aber durch eine 6 %ige weifse Präzipitatsalbe in der Regel rasch zur Heilung gebracht wird, will sie der Verf. ganz flüchtig anführen.

Schlufs: Der von seiner Akne geheilte Patient mufs jede Woche einmal sein Gesicht sorgfältig inspizieren und jeden Komedo, sobald sich derselbe nur sehen läfst, sofort entfernen. Keine Akne ohne Komedo.

Zu erwähnen ist noch, dafs der Verf. glaubt, in Unnas Arbeit über den Komedo irgendwo gelesen zu haben, dafs der schwarze Punkt desselben aus Ultramarin besteht.(!)

Dreckmann-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Grofse Jodkalium-Gaben, von Dr. A. Graydon. (*Med. and Surg. Reporter.* Vol. 61. No. 11.) Patient, auf einem Auge blind, litt an einer **Chorioditis syphilitica,** welche das andere Sehorgan zu vernichten drohte. Nachdem die Anwendung der üblichen Behandlung eine erwünscht schnelle Besserung nicht erzielte, wurde dem Kranken Jodkalium in grofser Dosis verabreicht. Man fing mit 0,9 an und setzte ein um den andern Tag 0,4 zu. Am 49. Tage war der Patient bis auf 18,2 und am 91. auf 30,0 (!) gestiegen. Aufser intensiver Gesichtsakne stellten sich keine unangenehmen Nebenerscheinungen ein. Patient genas rasch, und Auge und Sehvermögen wurden gerettet. *Leviseur-New York.*

Zur Kasuistik des Diabetes mellitus syphiliticus, von Dr. C. Decker in Bremen. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 46.) Decker beschreibt die Krankengeschichte eines 30jährigen Arbeiters, bei dem die syphilitische Erkrankung der inneren Augenhäute und das Zuckerharnen als die ersten Zeichen einer syphilitischen Hirnarterienerkrankung aufzufassen waren. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ob die allgemeine **Pseudoparalyse** zu den Geisteskrankheiten zu zählen ist, bespricht Baillarger (*Ann. méd. psych.* 1889. März.) Man beobachtet sie bei Alkoholikern, Lues, Bleiintoxikation etc., jedoch auch ohne solche Noxe nachweisen zu können. Lähmungssymptome und Gröſsenwahn sind vorhanden; sie kann in Genesung oder chronisches Irresein übergehen, oder sie geht in die echte allgemeine Paralyse, d. i. Periencephalitis (die unerbittlich zum Tode führt), über. Hier sei nur hervorgehoben, daſs B. diese Pseudoparalyse zu trennen rät a. von der einfachen Seelenstörung (Charakter des Deliriums, Lähmungserscheinungen und ernste Prognose Differentialmomente); b. von den unheilbaren Formen, den schweren organischen Hirnleiden. *Pauly-Nervi.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Epitheliom und Trichinen, v. Dr. Cameron. (*Cincinnati Lancet Clinic.* Vol. XXIII. No. 5.) In einer Sitzung der Cincinnati Academie of Medicine zeigte Dr. Cameron einige mikroskopische Schnitte eines Larynxepithelioms. Das Interessante war, daſs sich in den Muskeln eine groſse Zahl alter eingekapselter und teilweise verkalkter Trichinen vorfand. Es wird auf die hier in so eigentümlicher Weise zustande gekommene Möglichkeit der Beziehung zwischen mechanischer Reizung und Epitheliom aufmerksam gemacht. *Leviseur-New York.*

Zur klinischen Stellung der Pigmentgeschwülste, von G. Zimmermann. (Inaug.-Dissert., Göttingen.) 15 Fälle von Melanosarkom resp. -karzinom, von denen 12 trotz Radikaloperation derselben Krankheit erlagen; 2 starben anscheinend geheilt längere Zeit nach der Operation an einer anderen Krankheit; 1 Operierter ist nach 1½ Jahren noch gesund.

Da jeder Nävus den Verdacht einer sarkomatösen Degeneration zu erwecken berechtigt ist, soll man ihn sofort operativ beseitigen, sobald er irgendwelche Wachstumstendenz verrät. *Dreckmann-Hamburg.*

Über Xanthoma multiplex planum, tuberosum, mollusciforme, von Dr. G. Lehzen und Dr. Karl Knauss in Würzburg. (*Virchows Archiv.* Bd. 116.) An 2 Schwestern von 9 und 11 Jahren zeigten sich teils zitronengelbe Flecke (z. B. an den Augenlidern), teils Knötchen (z. B. an den Nates), teils aber auch wirkliche Geschwulstformen (z. B. an den Fersen und Händen). Eltern und Voreltern waren gesund. Bei beiden Kindern war das Xanthom in Anschluſs an eine andere Hautkrankheit, bei der einen an „Schwären“ und bei der andren an einen blasenartigen Ausschlag entstanden. Ikterus bestand nicht, auch keine Veränderung des Leberparenchyms, ebenso waren keine Erscheinungen von Arthritis, Diabetes oder von ausgebreiteter Erkrankung der Talgdrüsen vorhanden. Es bestand aber eine Erkrankung des Gefäſssystems, welche unter dem klinischen Bilde einer Mitralinsuffizienz auftrat und von Professor Dr. Laube als vielleicht auf denselben anatomischen Verän-

derungen beruhend gedeutet wurde, wie wir sie bei dem Xanthom der äufseren Haut finden. Diese Diagnose wurde durch die Sektion bestätigt.

L. Hoffmann-Berlin.

Idioneurosen.

Prof. Besnier in Paris empfiehlt die Behandlung des **Pruritus senilis** mit Salicylpräparaten und zwar aufser Kleienbädern allabendliche Waschungen des Körpers mit 40° Wasser, dem 2 Efslöffel folgender Lösung zugesetzt werden: Rp. Acid. carbol. 4,0, Acet. aromat. 200,0. Hierauf Bepudern mit folgendem Streupulver: Rp. Bismuth. salicyl. 20,0, Amyli 90,0 oder Rp. Acidi salicyl. subtiliss. pulv. 10,0, Amyli 90,0.

Eckart-Nürnberg.

Zur Behandlung des Pruritus cutaneus universalis, von Dr. A. Wertheimer. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 44.) Unzufrieden mit der jetzigen Therapie dieser Krankheit, wobei die Nervina sich als nutzlos erwiesen, die Opiate zuweilen und Morphium geradezu schädlich wirkten, und die örtliche Behandlung (Tupfmittel) nur eine Ruhepause von wenig Augenblicken erzielte, versuchte Verf. bei einer 53jährigen Frau mit nervösem Pruritus universalis das Natrium salicylicum in 3%iger Lösung und davon täglich dreimal 2 Efslöffel voll genommen. Er erhielt einen überraschenden Erfolg; nachdem Patientin 6 Efslöffel voll davon verbraucht hatte, verlief schon die erste Nacht in sehr ungestörtem Schlafe; am nächsten Tage machte die Besserung weitere Fortschritte, und nach Ablauf des dritten Tages der Behandlung war das Hautjucken gänzlich verschwunden. Das salicylsaure Natrium wurde jetzt noch einige Tage in verminderter Gabe fortgebraucht, und seitdem ist das Hautjucken nicht wiedergekehrt.

Ebenso rasch und vollständig war der Erfolg dieser Behandlung in 2 andern Fällen, und hat sich das Natrium salicylicum dem Pruritus gegenüber nicht etwa als ein Linderungsmittel, sondern als ein effektives Heilmittel bewährt.

Eckart-Nürnberg.

Aus der Praxis.

No. 15. **Über eingewachsene Nägel und deren Behandlung.** Aus der grofsen Reihe chirurgischer Vorschläge, welche zur Heilung des eingewachsenen Nagels in den letzten Jahren erschienen sind, könnte man — ebenso wie aus dem Schweigen der Dermatologen — schliefsen, dafs es sich hierbei um eine wesentlich nur mit chirurgischen Mitteln zu bekämpfende Krankheit handele. Und doch ist nichts unrichtiger; alle jene Mafsnahmen chirurgischer Art, vom einfachen Ausziehen der Nagelplatte bis zur vollständigen Exstirpation der Nagelmatrix, sind zur Heilung dieses lästigen Übels ganz unnötig. Eine sehr einfache, rein dermatologische Behandlung, welche sich auf die Erkenntnis des Wesens der Krankheit stützt, genügt in allen Fällen.

Kein eingewachsener Nagel kommt vor, in welchem nicht zur Zeit oder in irgend einer früheren Periode ein an der Spitze zu enges Fufszeug getragen wurde; bei Sandalenbekleidung ist ein eingewachsener Nagel undenkbar. Eine Schwierigkeit erhebt sich nur bei Beantwortung der Frage, wie ein einmal stattgehabter Stiefel-

druck eine dauernde Läsion veranlassen kann, denn zum Arzte kommt der Patient erst, wenn er bereits instinktiv zu einem weiteren Fufszeug gegriffen hat. Wie kann ein Stiefeldruck nachhaltig auf die Zehennägel fortwirken?

Untersucht man eine derartige grofse Zehe, so sieht man, dafs dieselbe mit ihrer Längsachse nach aufsen abgewichen ist, wenigstens in der vorderen Phalanx; zuweilen überlagert sie sogar die benachbarte Zehe. Die Nagelplatte der grofsen Zehe aber hat diese Verschiebung nicht in völlig parallel gehender Weise mitgemacht, sondern ist meist dahinter zurückgeblieben, sehr selten noch vorangeeilt; letzteres nur, wenn sie schon vorher deformiert, etwa onychogryphotisch war. Nur wenige Nägel wird man finden, welche der Phalanx ganz treu gefolgt sind, und diese zeigen dann auch keine Neigung zum Einwachsen. Wo Einwachsen stattfindet, da bildet die Nagelplattenachse mit der Phalanxachse und daher auch spezell mit der Nagelbettachse einen (sehr spitzen) Winkel.

Wäre die Nagelsubstanz eine weiche Masse von hinten bis vorn, dann würde sie sich, wie auch die Krümmung der Zehe sei, im Nagelbette ruhig vorschieben und folglich auch krumm werden. Sie ist aber eine allmählich erhärtende Masse, und zwar fängt die Härte schon an einem Punkte an, welcher noch im hinteren Falze verborgen ist, folglich noch die normale Achsenrichtung der hinteren Phalanx teilt. Diese Richtung sucht daher die Nagelplatte auch weiter nach vorn inne zu halten und gerät dadurch in Konflikt mit der seitlichen Begrenzung, mit den seitlichen Nagelfalzen, welche die Richtungsänderung nach aufsen erlitten haben. Es können nun mehrere Fälle eintreten. Entweder, bei sehr seichtem Falze und flachgebauter Nagelplatte, rutscht dieselbe nach vorn aus dem Falze heraus und überdacht die Zehenkuppe, dann findet kein Einwachsen statt. Oder bei sehr geringem Richtungsunterschied und sehr widerstandsfähiger Oberhaut zwingt der Nagelfalz die Nagelplatte einigermafsen in seine Richtung, dann tritt permanenter Druck an den betreffenden Stellen, selbst Leichdornbildung ein, aber kein Einwachsen. Endlich — und dieses ist der uns beschäftigende Fall — bohrt ein Teil der Nagelplatte an einer Seite, seltener an beiden Seiten, so stark gegen die innere Kante des Seitenfalzes, dafs eine Erosion und Entzündung entsteht; wenn letzteres der Fall, so sitzt aus begreiflichen Gründen der wunde Punkt an einer Seite vorn, an der anderen Seite hinten im seitlichen Nagelfalz.

Der mechanische Druck hat hier nicht — wie gewöhnlich — Schwielenbildung, sondern Entzündung zur Folge; hauptsächlich wohl, weil er kein perpetuierlicher Druck ist. Die Druckanämie des Tages über verwandelt sich nachts bei aufgehobenem Stiefeldruck in eine um so stärkere Hyperämie. Es liegt hier einer der sehr seltenen Fälle von Entzündung durch rein mechanische Ursachen vor.

Dieses ist in kurzem die Entstehungsgeschichte jedes eingewachsenen Nagels. Weshalb aber bleiben die Verhältnisse dieselben, auch wenn später kein Stiefeldruck mehr einwirkt? Weil der Achsenwinkel zwischen Nagelplatte und Nagelbett ein bleibender geworden ist. Dieser Umstand wird gewöhnlich vom Arzt und Patient übersehen; die engen Stiefeln werden vom Patienten mit Entrüstung geleugnet, vom Arzte nicht vorgefunden, und so erscheint die Entstehung durch einfachen Druck zweifelhaft. Die Folgen sind dann die kompliziertesten Behandlungsmethoden, wie wir sie in letzter Zeit erlebt haben.

Dem gegenüber ist zu sagen: Was ein einfacher Druck durch Konsequenz zustande gebracht, kann ein einfacher Druck an rechter Stelle, konsequent angewandt, wieder gut machen.

Man hat nichts Anderes zu thun, als durch einen einfachen Druck die Nagelplatte genau in die Richtung des Nagelbettes zu bringen. Die

subjektiven Beschwerden verschwinden sofort; bei konsequenter Fortsetzung des Druckes wird die ganze Affektion mit Sicherheit beseitigt.

Auf das einfachste erreicht man dieses durch Einführen eines weichelastischen Keiles zwischen Nagelfalz und Nagelplatte, womöglich über den wunden Punkt nach hinten, damit die Wirkung dieses Keiles sich hebelartig verstärke. Ich verwendete früher dazu Scharpiefäden, jetzt nur noch feine Blättchen von Feuerschwamm, die weich, elastisch und porös sind. Letzteres hat den Vorteil, dafs man, nachdem der kleine Keil zwischen Nagelplatte und Nagelfalz mit einer stumpfen Nadel oder Sonde eingeschoben ist, ein flüssiges Medikament in die Tiefe des Nagelfalzes sich einsaugen und fixieren lassen kann. Ich brauche hierzu eine 2%ige alkoholische Höllensteinlösung. Dieselbe überzieht sofort die wunde Stelle mit einer schützenden Decke, unter der sie — von keinem Drucke mehr belästigt — rasch ausheilt.

Hält sich das Blättchen von Feuerschwamm von selbst gut eingeklemmt in seiner Lage, so genügt es, täglich ein paar Tropfen der Höllensteinlösung von oben aufzuträufeln.

Nach einigen Tagen zieht man den Keil heraus und ersetzt ihn durch einen etwas dickeren, denn schon macht sich die Verschiebung der Nagelplatte soweit geltend, dafs der erste Keil anfängt, lose zu werden. Nach 14 Tagen und 2—3 maligem Wechsel des Keiles kann man gewöhnlich die Behandlung der wunden Stellen durch Höllenstein bereits aufgeben und den Patienten anweisen, in Zukunft nur noch — aber stets — neue Keile jede Woche 1—2 mal einzuschieben und mit derem Kaliber beständig etwas zu steigen. Mit der völligen Parallelität von Nagelbett und Nagelplatte ist die Heilung definitiv erreicht.

Hält sich der Keil — bei sehr flachen Nägeln — nicht gut von selbst im Falze, so leimt man nach Aufträufelung von etwas mehr Höllensteinlösung die betreffende Zehe mit Zinkleim auf der Obenseite ein und wattiert sie. Dann wird dieser Verband zweimal wöchentlich abgewaschen und erneuert.

Statt des Höllenstein kann man das neuerdings empfohlene, ebenfalls hautbildende Eisenchlorid verwenden. Statt des Keiles von Feuerschwamm können Scharpiefäden, feine Korkspähne, Kollodium- resp. Traumaticinhäutchen dienen. Doch finde ich alle diese Ersatzmittel nicht so praktisch und sicher wie den Feuerschwamm und die alkoholische Höllensteinlösung.

Ein Umstand erschwert oft diese einzig rationelle Behandlung, nämlich das Kurzschneiden der betreffenden Nägel, wie es von einigen Ärzten angeraten und auch von einigen Patienten instinktiv geübt wird, um die scharfe Nagelkante aufser Kontakt mit dem wunden Nagelfalze zu bringen. Diese ganz unzweckmäfsige und höchstens für kurze Zeit lindernde Manipulation beraubt dem Keil zum grofsen Teil seiner Stütze und ist daher streng zu verbieten. Ist es einmal geschehen, so mufs der Nagelfalz durch Kokain anästhesiert werden, was durch blofses Aufpinseln gelingt, und nachdem die scharfe Ecke mit der Pinzette stark in die Höhe gezogen ist, ein Schwammblättchen unter den Rest des Nagels im Seitenfalze geschoben werden. Die Kur dauert dann um so viel länger, als der Nagel braucht, um bei der wunden Stelle vorbei nach vorn zu wachsen. *Unna.*

Verschiedenes.

Über die Behandlung der wahren Ozaena, von V. Rochet (Lyon). (*La province méd.* 1889. No. 42.) Nach einer Übersicht über die pathologisch-anatomischen Anschauungen über Ozaena, wobei Verf. eine wohlthätige Belesenheit in deutscher Litteratur bekundet, geht er zur Therapie über. Wir heben hieraus nur hervor:

1. Naso-pharyngeale Douche, 2 mal täglich, jedesmal 1—2 Liter Wasser mit 50 g Kali chloricum auf 1000 Aq. (oder Alaun, Borsäure). Nach 3—4 Tagen, wenn die Krusten erweicht sind, geht man

2. zum Tampon aus Watte über. So dick, wie Gottstein rät, nicht. R. hat den Tampon durch kleine Röhrchen vulkanisierten Kautschuks, so z. B. ein Stück Nélatonschen Katheters, mit besserem Erfolge für die Atmung ersetzt.

3. Wo hypertropische Mandeln waren, hat er sie mit Erfolg gegen die Ozaena abgetragen. Zweimal hat R. übrigens Atrophie der Mandeln bei Ozaena gesehen.

Als Prisen nach Prof. Renaut hat sich Talcum jodatum sehr bewährt. Das ist streng aseptisch gemachter Talcum Venetum 100 g mit 1 g Jodum purum (2 prozentig wirkt leicht kaustisch). Schon nach 1—2 Tagen ist der Foetor verschwunden, die Krusten werden geruchlos. Setzt man aus, so kommt der Geruch wieder. Auch die Hypersekretion wird angehalten und weniger eiterig.

Pauly-Nervi.

Die Mineralquellen Bosniens, von E. Ludwig. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1889. No. 4 u. ff.) Für unsere Leser sei hervorgehoben:

1. Jodquelle in Navioci beim Han Sibosica, Bezirk Brcka, Kreis D.—Tuzla. An Jodgehalt steht sie Hau, Darkau, Heilbrunn und Ivonic nach, übertrifft sie aber (ausgenommen Darkau) an Bromgehalt (Jod 0,090, Brom 0,994 in 10,000 Gewichtsteilen.)

2. Arsenhaltige Eisenquelle „Cervena Rjeka“ bei Srebrenica, Kreis D.—Tuzla.

3. Arsenhaltige Eisenquelle „Mala Kiselica“ bei Srebrenica.

4. Arsenhaltige Eisenquelle „Velica Kiselica“ bei Srebrenica.

5. und 6. Zwei Soolen (bezeichnet als No. 5 und 6) in D.—Tuzla.

7. Schwefelquelle „Smrddac“ bei Jelovac, Bezirk Prjedor, Kreis Banjaluka.

8. Schwefelquelle „Raso“ bei Priboj, Bezirk Bjelina, Kreis D.—Tuzla.

Man lese auch im Original über das primitive Badeleben nach, das so lange dauert, als der mitgebrachte Proviant ausreicht (Lämmer, Maismehl, Kaffee etc.), die Art des Badens, des Sichtrocknenlassens im Freien von der Sonne, der häufigen Wiederholung von Bad und Trocknen an demselben Tage, das Trinken von Thermalwasser bis zu 12 Liter per Tag, das Anwenden sehr eingreifender Badekuren selbst für Säuglinge und freue sich, dafs man seine Patienten nicht nach Bosnien zu schicken braucht.

Pauly-Nervi.

In Ungarn bestanden 1885 unter 298 Spitälern 4 Anstalten ausschliefslich für Syphilitische, wie wir dem Sanitätsberichte für das Königreich Ungarn pro 1885 entnehmen. Die Prostitution wird auf „mindestens 6700, von denen 3430 mit Geschlechtskrankeiten affiziert waren“, angegeben. (*Das österr. San.-Wesen.* 1889. No. 41.)

Pauly-Nervi.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. No. 2. 15. Januar 1890.

Über die Jodoformbehandlung der Brandwunden.

Vortrag, gehalten auf dem Internationalen Kongreſs für Dermatologie und Syphilis in Paris vom 4. bis 11. August 1889

Von

Dr. E. Schiff,
Privatdozent in Wien.

Zweck der nachfolgenden Zeilen ist, das ärztliche Publikum im allgemeinen und meine dermatologischen Fachgenossen insbesondere auf einen Fortschritt auf dem Gebiete der Therapie der Hautverbrennungen dringend aufmerksam zu machen, einen Fortschritt, der teils einiger nebensächlicher Umstände wegen nicht als solcher anerkannt wird, teils von andern, die gewohnt sind, ohne viel Nachdenken den ausgetretenen Pfad des Linimentum calcis zu wandeln, ganz einfach ignoriert wird: ich meine die von Mosetig-Moorhof inaugurierte Jodoformbehandlung der Brandwunden. Es ist einigermaſsen befremdlich, daſs die groſse Masse der Dermatologen, die ja in erster Reihe berufen wären, in dieser Frage die Führung zu übernehmen, der Angelegenheit nicht näher tritt; sollte da vielleicht gar Spezialisteneifersucht gegenüber dem Chirurgen im Spiele sein? Und doch ist der bisherige Heilschatz für die genannten Verletzungen nicht darnach angethan, um die einfache Ablehnung des Neuempfohlenen zu rechtfertigen; die verschiedenen Linimente etc. wirken weder antiseptisch, noch analgetisch, zersetzen sich sogar zum Teil und reizen dann noch die betreffenden Stellen. Es gibt wohl auch keinen Arzt, der mit den Resultaten der bisherigen Behandlung zufrieden wäre; diese leistet in der That in ernsten Fällen so gut wie gar nichts, mit rühmlicher Ausnahme des von unserm Meister Hebra eingeführten schmerzstillenden Wasserbettes; aber ein solches ist nur in groſsen Hospitälern zu beschaffen, auch hier schwer in der Mehrzahl; was soll nun geschehen bei einem Massenunglück oder in kleineren Orten? wie sollen die sofort nach der Verletzung auftretenden unsäglichen Qualen der Verunglückten rasch gelindert werden? Unsre Antwort lautet: durch Jodoformbehandlung, und wir wollen sie weiter unten eingehender begründen und jetzt nur noch vorausschicken, daſs dieses Verfahren das

denkbar einfachste, schnellste, am leichtesten zu beschaffende und überall anwendbare ist: Jodoformgaze findet sich in jeder Verbandtasche, heutzutage fast in jedem Haushalte. Aber die Intoxikationsgefahr! meinen jene, denen der Schreck infolge der von König, Schede und andern vor einiger Zeit ausgestoßenen Alarmrufe noch in den Gliedern steckt. Diese Gefahr ist allerdings vorhanden bei *unrichtiger* Anwendungsweise des Jodoforms, sie läßt sich sicher und vollkommen vermeiden, wie sich unten zeigen wird. Bei uns in Wien ist Jodoform an den chirurgischen Kliniken in ausgedehntestem Maße in Verwendung, ohne daß man Klagen über unangenehme Resorptionswirkungen hören würde; in den sogleich zu besprechenden zahlreichen Fällen von Verbrennungen, die mittels Jodoformverbandes behandelt wurden, trat kein einziges Mal Jodoformvergiftung, nur in einem Falle gesteigerte Temperatur, Nahrungsverweigerung, Benommenheit des Sensoriums auf. Das Jodoform wurde *nicht* ausgesetzt, und bald schwanden die Symptome, die wohl nur als septische Momente zu betrachten sind.

Die Lehre von den Verbrennungen ist ein Gebiet von großem theoretischen Interesse und von eminent praktischer Wichtigkeit für den Arzt. Die schweren Allgemeinwirkungen, die durch Hautverbrennungen hervorgebracht werden, stehen scheinbar im Mißverhältnisse mit den sinnfälligen Veränderungen an der Haut, mit der sichtbaren Einbuße an Körpersubstanz; man mußte die Erklärung in der Fernwirkung der Schädlichkeit suchen, und es wurden diesbezüglich viele Theorien aufgestellt, deren beträchtliche Anzahl den besten Beweis für ihre Unzulänglichkeit liefert, obwohl nicht zu leugnen ist, daß manche von ihnen Vorgänge ins Auge fassen, die offenbar beim Zustandekommen der schweren Allgemeinerkrankung und eventuell des letalen Ausganges mitwirken; hierher gehören der Hinweis auf den namhaften Verlust an roten Blutkörperchen, auf den durch den Brandschmerz gesetzten Nervenshok, auf die infolge Gerinnung des Blutes in den betroffenen Hautgefäßen eintretenden Embolien und insbesondere die Hervorhebung der Sepsis, die an den von Epidermis entblößten Körperstellen allsogleich platzzugreifen droht; viele Pathologen stellen geradezu den akut einsetzenden septischen Prozeß als Hauptgrund der deletären Folgezustände der Verbrennung hin.

Für den Praktiker hat der besprochene Gegenstand noch ein ganz besonderes Interesse durch die verhältnismäßig große Häufigkeit namentlich der ökonomischen Verbrennungen und durch die Dringlichkeit des therapeutischen Eingreifens. Es sind zwei Indikationen, die da gebieterisch in den Vordergrund treten: erstens die *Schmerzstillung*, zweitens die *Antisepsis*.

Seit Professor v. Mosetig-Moorhof das Jodoform in die chirurgische Praxis eingeführt und sich hierdurch ein unvergängliches Verdienst um

die Heilkunde erworben hat, besitzen wir ein Mittel, welches diesen beiden Erfordernissen gleichzeitig gerecht wird: den Jodoformverband. Bereits vor 2 Jahren hat Professor v. MOSETIG-MOORHOF auf die ganz besondere analgetische Wirksamkeit des Jodoforms bei Brandwunden hingewiesen (*Wien. Med. Presse.* No. 3. u. 4. 1887) und, auf seine diesbezüglichen Erfahrungen, sowie diejenigen anderer Ärzte gegründet, den Jodoformverband als das Normalverfahren bei Brandwunden hingestellt. Auch andere Beobachter bestätigen die überraschende, schmerzstillende Wirksamkeit des auf Brandverletzungen applizierten Jodoforms, wodurch die unerträgliche Pein der Verunglückten rasch gemildert und der Transport ins Krankenhaus ermöglicht wird. Über den antiseptischen Wert des Jodoforms Rühmendes zu sagen, kann man sich wohl erlassen, dagegen ist noch zu betonen, dafs es in diesen Fällen schon deswegen das geeignetste Antiseptikum ist, da sich die ausgiebige Anwendung von Karbolsäure oder Sublimat wegen der nachteiligen Einwirkung auf die bei Verbrennung ohnehin stark mitaffizierten Nieren von selbst verbietet. Wenn man nun bedenkt, dafs der erste richtig angelegte Jodoformverband 8 Tage bis 2 Wochen liegen bleiben kann, dem Patienten also die fürchterliche Tortur des Verbandwechsels erspart bleibt, dafs bei der bekannten granulationsbefördernden Wirkung des Jodoforms die Heilung nicht nur rasch, sondern auch mit hinlänglicher Ausführung des Substanzverlustes vermittelst Fleischwärzchenbildung vor sich geht, wodurch den unregelmäfsigen, sich stark kontrahierenden Narben möglichst vorgebeugt wird, so mufs man wohl sagen, dafs die Jodoformbehandlung auch bei dieser Anwendung allen billigen Anforderungen glänzend entspricht.

v. MOSETIG-MOORHOF trägt die Brandblasen ab und reinigt die verletzte Stelle durch sanftes Abwischen mit Bäuschchen, die in $^1/_2$%oige Kochsalzlösung getaucht werden; nun wird auf die Wundfläche eine mehrschichtige Lage von trockener Jodoformgaze, die durch Imprägnation der Gaze mit Jodoformäther hergestellt wird und daher nicht stäubt, gelegt; darüber kommt ein Blatt Guttaperchapapier, das das Antrocknen der mit Sekret getränkten und steif werdenden Baumwolle verhindern soll, hierauf Lagen entfetteter Baumwolle; das Ganze wird mit Bindentouren befestigt. Wenn das Sekret durchschlägt, wird nur die Baumwolle gewechselt, während die Jodoformgaze erst im Verlauf oder gar am Ende der zweiten Krankheitswoche erneuert werden mufs, — eine unermefsliche Wohlthat für den Leidenden. Wo sich Eiterretention mit konsekutivem Fieber zeigen sollte, mufs jene natürlich behoben, der Brandschorf abgetragen werden etc. Die Bedeckung des Verbandes mit undurchlässigem Zeug widerrät v. MOSETIG-MOORHOF wegen der unnötigen Maceration der die Wunde umgebenden Hautpartien. Im Gesichte empfiehlt er eine Jodoformvaselinsalbe im Verhältnisse von 1 : 20, da-

rüber eine Maske aus Guttaperchapapier; diese Bedeckung soll täglich erneuert werden. ALTSCHUL wendet das Jodoform in folgender Pasta an:

℞ *Boli albi*
Olei olivarum (o. lini) aa 30,00,
Liquor. Plumbi subacet. 20,00,
Jodoformi 8,00—16,00

darüber Guttaperchapapier, Wattelagen, Binden.

v. MOSETIG-MOORHOF erbringt auch den Beweis, dafs die von vielen Seiten so gefürchtete Intoxikation bei rationeller Anwendung des Jodoforms, auch wenn man mit grofsen Flächen zu thun hat, leicht hintanzuhalten ist; auf resorptionsfähige Flächen, z. B. auf das gesunde Corium unter der abgetragenen Brandblase soll man eben kein Jodoformpulver applizieren, ebensowenig auf die Wundfläche, wenn bereits Granulationsbildung im Gange ist, vielmehr ist hier die mit Jodoformäther imprägnierte Gaze am Platze, welche nur minimale Mengen von Jodoform abgeben kann.

Es ist wohl von Interesse, die Ergebnisse einer 109 Fälle umfassenden Statistik von einschlägigen Krankengeschichten zu prüfen, bei welchen Fällen die im vorstehenden skizzierten therapeutischen Grundsätze eingehalten wurden, deren Mitteilung ich der Güte des Herrn Professor v. MOSETIG-MOORHOF verdanke, und bei deren Zusammenstellung mir Dr. OTTO POLLAK behilflich war. Es sind auch die beobachteten Fälle von Verätzungen mit heifsen Alkalien und mit Säuren, ferner die Verbrühungen und die Brandverletzungen durch erhitzte Gase hierher zusammengefafst, welche ja mit der Verbrennung im gewöhnlichen Sinne sowohl die Art der Einwirkung — lokale übermäfsige Erhöhung der Temperatur —, als auch den unmittelbaren Effekt auf die Gewebe — Wasserentziehung und Koagulation — gemein haben.

Wir finden da am häufigsten siedendes Wasser als schädliches Agens angeführt: 17 mal; Explosion von Petroleum war 13 mal, Explosion von Leuchtgas 12 mal, Explosion von Spiritus 7 mal, Explosion von Benzin 2 mal, von Benzin und Ligroin 8 mal die Veranlassung, während Verbrennung durch Flammen nur 7 mal angeführt ist. Von selteneren Ursachen wollen wir erwähnen: Sturz in siedendes Stearin 1 mal, Sturz in eine Kalkgrube 3 mal, Explosion einer Zündmasse 1 mal. Von den vorliegenden 109 Fällen zeigten 82 Verbrennungen ersten und zweiten Grades, die anderen 27 aufser solchen auch noch Verletzungen dritten Grades. Es starben insgesamt 20 Fälle, das ist etwa 18,3 % der Gesamtzahl, während 89 Fälle (ca. 81,7 % der Gesamtziffer) geheilt oder doch bedeutend gebessert entlassen wurden oder (5 Fälle) in Rekonvaleszenz begriffen sind. Bei der höchst verschiedenen Bedeutung, die die Brandverletzungen je nach Intensität und Ausbreitung für die Möglichkeit und

für die Dauer der Herstellung besitzen, kann man sich aus solchen Durchschnittsziffern nur ein höchst vages Urteil bilden; man mufs vielmehr diese Fälle in leichtere und schwere sondern, wobei jedoch zu bemerken ist, dafs unbedeutende Fälle überhaupt nicht in Spitalsbehandlung kommen. Brandwunden 3. Grades kann man füglich ohne weiteres zur Kategorie der schweren Fällen rechnen. Von den 27 hierher gehörigen Fällen 3. Grades starben 9 = 33,4 %, durchaus Fälle schrecklichster Art, in denen jede Hoffnung im voraus aufgegeben werden mufste, überall war mehr als ein Drittel der Körperoberfläche verbrannt, in mehreren fast die ganze Leibesoberfläche.

Unter den 11 Geheilten dieser Kategorie befinden sich einige recht erwähnenswerte Fälle; so unter anderen der Patient Felix D. (No. 11), aufgenommen am 25. Oktober 1885, der durch Verbrühung mit heifsem Wasser an der rechten oberen und an beiden unteren Extremitäten Brandwunden 2. und 3. Grades erlitten hatte und nach 46 Tagen geheilt entlassen wurde; ferner derjenige der Marie A. (Nr. 7), aufgenommen am 3. Mai 1885, die durch brennendes Petroleum an Brust, Rücken und beiden oberen Extremitäten in allen Abstufungen verletzt war und am 62. Tage wesentlich gebessert zum Landaufenthalt entlassen werden konnte. Die Caroline K. (Nr. 27) hatte die linke Brust, die linke Rückenhälfte, Gesicht, Hals und die linke obere Extremität, also mehr als ein Drittel der Körperoberfläche, darunter die ganze linke Thoraxhälfte und den linken Arm im 3. Grade verbrannt. Geheilt entlassen nach 101 Tagen. Bei der Julie P. (Nr. 109), aufgenommen am 28. Mai 1888, die durch siedendes Wasser verbrüht, am linken Arme, an der ganzen linken Thoraxhälfte und am linken Oberschenkel Brandverletzungen aller 3 Grade aufwies, war der Status zur Zeit der Zusammenstellung der Fälle — nach 375 Tagen — der, dafs die Verletzungen 1. und 2. Grades vollständig geheilt, diejenigen 3. Grades in Vernarbung begriffen waren, zu deren Beförderung Hauttransplantationen unternommen wurden. Von den 27 Fällen 3. Grades wurden geheilt 18 = ca. 66,6 %, geringste Heilungsdauer 8 Tage, gröfste 375 Tage, im Mittel 75,5 Tage. Gestorben sind 9 = 33,4 %.

Verbrennungen 1. und 2. Grades, von denen viele wegen ihrer Extensität ebenfalls den schwersten Fällen zuzuzählen sind, weist die Tabelle 82 auf, davon geheilt 71, gleich ca. 86,5 %, gestorben 11, gleich 13,5 %. Die kürzeste Heilungsdauer betrug 5 Tage, die längste 53 Tage, im Mittel 19,1 Krankheitstage. Unter den Todesfällen finden wir: Verbrennung 2. Grades am ganzen Körper durch Sturz in ein Fafs mit siedendem Stearin (Simon H., 21. März 1885 [No. 6]); ebensolche am rechten Arm, an Brust, Rücken, Bauch und teilweise am linken Vorderarm infolge Petroleumexplosion (Johanna N., 19. März 1888, gestorben

am 14. Tage [No. 45]); Verbrennung durch Flamme, fast den ganzen Körper betreffend (Theresia K., [No. 67]); vier den ganzen Körper betreffend (Barbara B., Franziska G., Marie S., Petroleumexplosion [No. 85, 86 und 96], und Aloisia R., Sturz in eine Kalkgrube, Abortus am 5., Exitus am 6. Tage [No. 107]). In dem Falle des Vincenz P., 26. April 1886, Verbrennung beider unteren Extremitäten infolge Petroleumexplosion, trat am 27. Krankheitstage Amblyopie auf, der ophthalmoskopische Befund zeigte Neuritis optica des linken Auges. 2 Tage nachher Tod.

Die glücklich ablaufenden Verletzungen waren in vielen Fällen auch recht bedenklich. Wir erwähnen: Maria S., 11. November 1887 [No. 16], Verbrennungen 1. und 2. Grades an Gesicht und beiden oberen Extremitäten durch Explosion von Cyangold, Heilung nach 14 Tagen; Katharina S., 9. August 1887, Sturz in eine Kalkgrube, Verbrennung 1. und 2. Grades an beiden unteren Extremitäten und an der linken Hand, Heilung in 47 Tagen [No. 24]; Leon Ch., 22. August 1887, Verbrennungen 1. und 2. Grades am rechten Oberschenkel, rechten Unterschenkel, linken Oberschenkel und am Penis, Heilung am 33. Tage [No. 37]; Otto H., 20. September 1887, Explosion einer Zündmasse in einer Zündhölzchenfabrik, Verbrennungen 1. und 2. Grades an der Stirne, an beiden Augenlidern, beiden Hornhäuten, an der linken Hand und am rechten Bein, vom Knie bis zum Fufsrücken, Heilung am 30. Tage [No. 35]; Paula G., 17. April 1888, Verbrennungen 2. Grades durch Flamme an beiden oberen Extremitäten, am Bauche, an beiden Oberschenkeln und stellenweise am Rücken, gebessert am 32. Tage entlassen [No. 51]; Ludwig S., 18. August 1888, Spiritusexplosion, Verbrennung 2. Grades in der vorderen Bauchgegend, an Penis und Perineum, Heilung nach 11 Tagen [No. 63]; Max Z., 5. November 1888, Benzinexplosion, Verbrennung 2. Grades an Gesicht, beiden Händen, an der linken Schulter und stellenweise am Rücken, Heilung nach 40 Tagen [No. 69]; Maria P., 18. Januar 1886, Verbrühung beider Oberarme, der Schultern, der Brust und des Nackens durch siedende Milch, Heilung nach 50 Tagen [Nr. 70].

Dies wären einige der Angaben jener Zusammenstellung; jedermann wird finden, dafs die Resultate sowohl was den Ausgang, als auch die Heilungsdauer anbelangt, sehr günstig zu nennen sind. Der Eindruck wird noch verstärkt, wenn man den günstigen Ablauf der weniger ausgedehnten Verletzungen in Betracht zieht, die wir hier vorsätzlich nicht näher berührt haben; aber auch, wo wir den elementaren Verheerungen gegenüber machtlos sind, hat das Jodoform durch seine Analgese etwas geleistet, was ihm allen anderen Verfahren gegenüber den Vorrang sichert, etwas, was wir in den traurigsten Fällen dem Leidenden sichern müssen: die Euthanasie.

Statistik über 109 mit Jodoform behandelte Brandwunden.

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brandwunden*	*Heilungsdauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
1. Anna B. 23. März 1883	20 J.	Brandwunden in d. Sternalgegend und z. bis 2 Querfingerbreit vom Sternum beiderseits	2. Grad	Geheilt nach 8 Tagen	Heifse Ätzlauge
2. Marie W. 29. Septbr. 1883.	26 J.	Dorsalfläche des rechten Vorderarms	2. Grad	Geheilt nach 6 Tagen	Verbrühung mit heifsem Wasser
3. Josef R. 11. Novbr. 1883	49 J.	Linke Halsseite, linke Brust und Schulter	1. Grad u. einzelne Stellen 2. Grad	Geheilt nach 16 Tagen	Heifser Kaffesud.
4. Johann W. 28. Juli 1884	32 J.	Beide Hohlhandflächen	2. Grad	Geheilt nach 9 Tagen	Verbrühung mit heifsem Wasser
5. Emma B. 16. Januar 1885	30 J.	Gesicht, beide ob. Extremitäten, vord. Thoraxseite, und Vorderseite der unteren Extremitäten	1. Grad 2. Grad und am Thorax 3. Grad	Gestorben am 7. Tage	Brennendes Petroleum. Mehr als ein Drittel der Körperoberfläche
6. Simon H. 21. März 1885	55 J.	Am ganzen Körper	2. Grad	Tod am 2. Tage	Sturz in ein Fafs mit siedendem Stearin
7. Marie A. 3. Mai 1885	19 J.	Brust, Rücken, beide oberen Extremitäten	1. Grad 2. Grad 3. Grad	Entlassen nach 62 Tagen	Brennendes Petroleum. Patientin wurde auf Verlangen nach 62 Tagen behufs besserer Pflege aufs Land geschickt und starb nach einigen Wochen an Pneumonie
8. Karl N. 1. Juni 1885	18 J.	Gesicht, Hände und einzelne Stellen der unteren Extremitäten	1. Grad 2. Grad 3. Grad	Gebessert entlassen am 25. Tage	Benzinexplosion. In ein andres Spital transportiert u. von dort nach gleicher Behandlung geheilt entlassen

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brand-wunden*	*Heilungs-dauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
9. Thekla S. 7. Juni 1885	30 J.	Gesicht und obere Extremitäten	1., 2. u. 3. Grad	Geheilt nach 14 Tagen	Explosion von Petroläther
10. Olga S. 7. Juni 1885	3/4 J.	Gesicht und obere Extremitäten	1. und 2. Grad	Geheilt nach 14 Tagen	Explosion von Petroläther
11. Felix D. 25. Oktober 1885	27 J.	Rechte obere und beide unteren Extremitäten	2. und 3. Grad	Geheilt nach 46 Tagen	Verbrühung mit heifsem Wasser
12. Caroline D. 24. Novbr. 1885	25 J.	Linke obere Extremität	3. Grad	Geheilt nach 108 Tagen	Flamme
13. Theresia B. 2. Januar 1886	42 J.	Gesicht, beide ob. Extremitäten, Brust, Bauch, die Lenden und beide Oberschenkel	1., 2. u. 3. Grad	Tod am 3. Tage	Petroleumexplosion
14. Marie P. 15. Novbr. 1886	36 J.	Beide oberen Extremitäten, Brust und Bauch	1., 2. u. 3. Grad	Gestorben am 10. Tage	Flamme. Patientin war potatrix und zeigte schon bei der Aufnahme psychische Störungen
15. Susanna L. 15. Novbr. 1886	23 J.	Linke Hals- und Brustseite (in der Gröfse einer Hand) u. linker Oberarm	3. Grad	Gebessert entlassen am 35. Tage	Petroleumexplosion
16. Maria S. 11. Novbr. 1887	23 J.	Gesicht und beide ob. Extremitäten	1. und 2. Grad	Geheilt am 14. Tage	Explosion von Cyan-Gold
17. Josefa T. 17. Mai 1887	17 J.	Beide oberen Extremitäten, Bauch, Rücken, Kreuz und beide unteren Extremitäten	1., 2. u. 3. Grad	Gestorben am 11. Tage	Heifser Kaffesud

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brand-wunden*	*Heilungs-dauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
18. Wilhelmine F. 12. Januar 1887	21 J.	Gesicht und beide Vorderarme	2. Grad	Geheilt am 32. Tage	Vitriol
19. Marzeline A. 23. März 1887	18 J.	Rechte Hand (Rücken und Hohl-hand)	2. Grad	Geheilt am 13. Tage	Siedendes Wasser
20. Marie S. 3. Mai 1887	23 J.	Linker Oberarm, linker Oberschenkel, Fufsrücken und ein kleiner Teil der linken Bauchgegend	1. Grad	Geheilt am 18. Tage	Siedende Suppe
21. Caroline K. 10. April 1887	23 J.	Die rechte Wange und der rechte Handrücken	1. und 2. Grad	Geheilt nach 17 Tagen	Siedendes Fett
22. Maria S. 15. März 1887	27 J.	Der rechte Arm und die rechte Rückenhälfte	1., 2. und 3. Grad	Geheilt nach 39 Tagen	Flamme
23. Therese E. 15. Juni 1887	22 J.	Der gröfste Teil des Rumpfes und alle vier Extremitäten	1., 2. und 3. Grad	Gestorben am 2. Tage	Petroleumexplosion
24. Katharina S. 9. August 1887	42 J.	Beide unteren Extremitäten und die linke Hand	1. und 2. Grad	Geheilt am 47. Tage	Sturz in eine Kalk-grube
25. Marie D. 24. August 1887	31 J.	Der ganze Körper	1., 2. und 3. Grad	Gestorben am 1. Tage	Explosion einer Spirituslampe
26. Karl L. 18. Dezbr. 1887	24 J.	Beide Hände	2. Grad	Geheilt am 11. Tage	Sturz in einen Kessel einer Gipsbrennerei
27. Caroline K.	15 J.	Linke Brust, linke Rückenhälfte, Gesicht, Hals und linke obere Extremität	1., 2. und 3. Grad	Geheilt am 101. Tage	Ein Drittel der Körperoberfläche war verbrannt, die ganze linke Thorax-hälfte und der linke Arm 3. Grades

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brandwunden*	*Heilungsdauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
28. Franz S. 19. Januar 1887	29 J.	Linke Wange und rechte Hand	2. Grad	Geheilt am 11. Tage	Siedendes Wasser
29. Josef N. 27. Juni 1887	33 J.	Gesicht und beide Hände	2. Grad	Geheilt am 17. Tage	Gasexplosion
30. Josef K. 13. Juni 1887	30 J.	Gesicht und beide Hände	2. Grad	Geheilt am 17. Tage	Siedendes Wasser
31. Johann U. 11. Juni 1887	31 J.	Gesicht, Hände und Füſse	2. Grad	Geheilt am 31. Tage	Explosion von Gasen in einem Rauchfang
32. Heinrich M. 11. Juni 1887	17 J.	Gesicht, Hände und beide Füſse	1. und 2. Grad	Geheilt am 27. Tage	Explosion von Gasen in einem Rauchfang
33. Franz G. 24. Oktober 1887	36 J.	Gesicht und beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt am 14. Tage	Gasexplosion
34. Anton K. 7. Juli 1887	15 J.	Unteres Drittel des rechten Unterschenkels u. Rückenfläche des Fuſses	1. Grad	Geheilt am 23. Tage	Flamme
35. Otto H. 20. Septbr. 1887	17 J.	Stirn, beide Augenlider, beide Hornhäute, linke Hand und rechter Fuſs vom Knie bis zum Fuſsrücken	1. und 2. Grad	Geheilt am 30. Tage	Explosion einer entzündbaren Masse in einer Zündholzfabrik
36. Johann D. 17. August 1887	25 J.	Beide Füſse	2. Grad	Geheilt am 13. Tage	Flamme
37. Leon C. 22. August 1887	16 J.	Rechter Oberschenkel, rechter Unterschenkel, linker Oberschenkel und Penis	1. und 2. Grad	Geheilt am 33. Tage	Brennender Alkohol

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brandwunden*	*Heilungsdauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
38. Anton H. 16. Dezbr. 1887	36 J.	Beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt am 21. Tage	Sturz in einen Kessel in einer Gipsbrennerei
39. Franz P. 20. Januar 1888	20 J.	Linke Gesichtshälfte und beide Hände	2. Grad	Geheilt am 25. Tage	Siedender Lack
40. Anton M. 21. Januar 1888	28 J.	Gesicht und beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt am 28. Tage	Gasexplosion
41. Aloisia A. 3. Februar 1888	18 J.	Beide Hände und beide Füfse	1. und 2. Grad	Geheilt am 22. Tage	Siedende Suppe
42. Franziska R. 9. Februar 1888	29 J.	Gesicht und der linke Vorderarm	2. Grad	Geheilt am 10. Tage	Petroleumexplosion
43. Marie V. 20. Februar 1888	23 J.	Der rechte Fufsrücken	2. Grad	Geheilt am 13. Tage	Siedendes Wasser
44. Franz R. 13. März 1888	22 J.	Beide Fufsrücken	1. Grad	Geheilt am 12. Tage	Siedendes Wasser
45. Johanne N. 19. März 1888	42 J.	Der rechte Arm, Brust, Rücken, Bauch und teilweise der linke Vorderarm	2. Grad	Gestorben am 14. Tage	Petroleumexplosion
46. Marie K. 26. März 1888	19 J.	Der rechte Fufs	1. Grad	Geheilt am 11. Tage	Siedendes Wasser
47. Johanna A. 30. März 1888	28 J.	Der linke Fufsrücken	1. Grad	Geheilt am 8. Tage	Siedendes Wasser
48. Anton K. 8. April 1888	78 J.	Der rechte Unterschenkel	1. und 2. Grad	Gebessert am 22. Tage	Heifse Dämpfe

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brand-wunden*	*Heilungs-dauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
49. Jacob S. 16. April 1888	29 J.	Gesicht und beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt am 20. Tage	Gasexplosion
50. Emil P. 16. April 1888	35 J.	Kopfhaut, Gesicht, beide Hände und Brust	1. und 2. Grad	Geheilt am 32. Tage	Gasexplosion
51. Paula G. 17. April 1888	15 J.	Beide oberen Extremitäten, Bauch, beide Oberschenkel und stellenweise am Rücken	2. Grad	Gebessert am 32. Tage	Flamme
52. Franz H. 2. Mai 1888	10 J.	Beide unteren Extremitäten und ein Teil des Rückens	2. und 3. Grad	Geheilt am 95. Tage	Sturz in eine Kalkgrube. Die Narben glatt und zart
53. Barbara J. 4. Mai 1888	14 J.	Fast am ganzen Körper	2. und 3. Grad	Gestorben am 2. Tage	Brennender Spiritus
54. Karl T. 28. Mai 1888	23 J.	Beide unteren Extremitäten und Rumpf	1. Grad	Geheilt am 11. Tage	Siedendes Wasser
55. Johanna G. 1. Juni 1888	22 J.	Linker Fufsrücken	1. Grad	Geheilt nach 7 Tagen	Siedender Kaffee
56. Anton K. 19. Juni 1888	41 J.	Der rechte Handrücken und ein Teil der Hohlhand	2. Grad	Geheilt am 11. Tage	Petroleumflamme
57. Leopold W. 23. Juni 1888	52 J.	Ausgedehnte Flächen an allen vier Extremitäten und am Bauche	1. und 2., auch 3. Grad	Geheilt am 24. Tage	Spiritusexplosion
58. Elsa T. 27. Juni 1888	38 J.	Der rechte Fufs	2. Grad	Geheilt am 21. Tage	Siedendes Wasser

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brandwunden*	*Heilungsdauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
59. Anna S. 27. Juni 1888	17 J.	Der rechte Vorderarm	2. Grad	Geheilt am 8. Tage	Siedendes Wasser
60. Severin S. 1. Juli 1888	15 J.	Rechte Bauchgegend und rechter Oberschenkel	1., 2. und 3. Grad	Geheilt am 53. Tage	Spiritusexplosion
61. Johann J. 4. August 1888	36 J.	Beide Füfse	2. Grad	Geheilt am 24. Tage	Petroleumexplosion. Patient kam erst einige Tage nach der Verletzung ins Spital
62. Karl W. 8. August 1888	17 J.	Das Gesicht	2. Grad	Geheilt am 10. Tage	Explosion von Scheidewasser
63. Ludwig S. 18. August 1888	25 J.	Vordere Bauchgegend, Penis und Perineum	2. Grad	Geheilt am 11. Tage	Spiritusexplosion
64. Max S. 28. August 1888	20 J.	Eine 15 cm lange und 6 cm breite Kopfwunde	3. Grad	Geheilt am 8. Tage	Schwefelsäure. Patient stand früher in ambulatorischer Behandlung durch 21 Tage
65. Marie R. 15. Septbr. 1888	48 J.	Beide Hände	2. und 3. Grad	Geheilt am 14. Tage	Siedendes Wasser. Die Verbrennung geschah 8 Tage vor der Aufnahme
66. Franz W. 25. Septbr. 1888	27 J.	Gesicht	1. Grad	Geheilt am 5. Tage	Gasexplosion
67. Theresia K. 7. Oktober 1888	25 J.	Fast der ganze Körper	1. und 2. Grad	Gestorben am 2. Tage	Flamme
68. Johann S. 20. Oktober 1888	35 J.	Beide Hände und das Gesicht	2. Grad	Geheilt nach 31 Tagen	Gasexplosion

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brandwunden*	*Heilungsdauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
69. Max Z. 5. Novbr. 1888	49 J.	Das Gesicht, beide Hände, die linke Schulter u. stellenweise der Rücken	2. Grad	Geheilt nach 40 Tagen	Explosion von Benzin
70. Maria P. 18. Januar 1886	20 J.	Beide Oberarme, Schultern, Brust und Nacken	1. und 2. Grad	Geheilt nach 50 Tagen	Siedende Milch
71. Marie B. 19. Januar 1886	23 J.	Beide Wangen, Stirne und Ohren	1. und 2. Grad	Geheilt nach 15 Tagen	Spiritusexplosion
72. Josef S. 8. April 1886	43 J.	Beide Arme	1. und 2. Grad	Geheilt am 36. Tage	Spiritusexplosion
73. Vincenz P. 26. April 1886	14 J.	Beide unteren Extremitäten	1. und 2. Grad	Gestorben nach 29 Tagen	Petroleumexplosion. Zwei Tage vor dem Tode tritt Amblyopie auf. Der ophthalmoskopische Befund zeigt Neuritis optica des linken Auges
74. Kathi N. 4. Mai 1886	36 J	Der rechte Arm, ein Teil des linken Armes, der Bauch und beide unteren Extremitäten	1. und 2. Grad	Tod am 21. Tage	Spiritusexplosion. Tod unter Kollapserscheinungen
75. Marie S. 7. Mai 1886	27 J.	Linke Wange und Schläfegegend und das linke obere Augenlid	1., 2. und 3. Grad	Geheilt nach 123 Tagen	Sturz auf den Feuerherd. Es bildete sich ein Ektropium, welches durch eine Plastik beseitigt wurde
76. Franz B. 2, Juni 1886	24 J.	Kopf, Gesicht und beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt nach 53 Tagen	Gasexplosion
77. Marie M. 6. Juni 1886	26 J.	Die rechte Halsseite und der rechte Oberarm	2. Grad	Gebessert nach 14 Tagen	Petroleumexplosion

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brandwunden*	*Heilungsdauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
78. August R. 28. Juni 1886	17 J.	Stirne, Wangen und beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt nach 20 Tagen	Petroleumexplosion
79. Marie P. 24. Juni 1886	58 J.	Die beiden unteren Drittel des Unterschenkels und der Fufsrücken	1. Grad	Geheilt nach 10 Tagen	Heifser Kaffeesud
80. Maria P. 30. Juli 1886	22 J.	Gesicht	2. Grad	Geheilt am 6. Tage	Siedendes Schmalz. Pat. war 5 Tage ohne Behandlung
81. Maria M. 26. August 1886	69 J.	Brust und beide Oberarme	1. und 2. Grad	Geheilt am 41. Tage	Fall auf den Feuerherd
82. Bertha S. 4. Septbr. 1886	17 J.	Gesicht, Stamm und alle vier Extremitäten	1., 2. und 3. Grad	Gestorben am 3. Tage	Petroleumexplosion
83. Eduard B. 27. Septbr. 1886	30 J.	Die ganze linke untere Extremität	1., 2. und 3. Grad	Geheilt nach 85 Tagen	Sturz in siedendes Wasser
84. Anton G. 26. Oktober 1886	36 J.	Gesicht, ein Teil der behaarten Kopfhaut und beide oberen Extremitäten	1., 2. und 3. Grad	Geheilt nach 59 Tagen	Gasexplosion
85 Barbara B. 3. Novbr. 1888	22 J.	Der ganze Körper	1. und 2. Grad	Gestorben am 3. Tage	Petroleumexplosion
86. Franziska G. 8. Novbr. 1888	55 J.	Der ganze Körper	1. und 2. Grad	Gestorben am 1. Tage	Petroleumexplosion
87. Leopoldine H. 22. Dezbr. 1888	18 J.	Dorsalseite des linken Vorderarmes und Handrückens	2. Grad	Geheilt am 31. Tage	Siedende Lauge

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brand-wunden*	*Heilungs-dauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
88. Katharina K. 9. Mai 1889	49 J.	Der rechte Hand-rücken und die rechte Hohlhand	2. Grad	Geheilt in 21 Tagen	Herdfeuer
89. Anna M. 26. Januar 1889	21 J.	Streckseite des rechten Vorderarmes	2. Grad	Geheilt in 9 Tagen	Siedender Kaffee
90. Franz S. 17. Januar 1889	44 J.	2 handtellergroße Flächen an der linken Schulter	1. und 2. Grad	Geheilt in 21 Tagen	Heiße Mauer
91. Marie S. 9. Januar 1889	27 J.	Der rechte Vorderarm	2. Grad	Geheilt in 9 Tagen	Heiße Herdplatte
92. Anton S. 12. Januar 1889	20 J.	Die ganze Körperoberfläche	1., 2. und 3. Grad	Gestorben am 7. Tage	Kesselexplosion
93. Karl J. 12. Januar 1889	15 J.	Von der Mitte des Unterschenkels bis zu den Zehen	2. und 3. Grad	Geheilt in 80 Tagen	Siedendes Wasser
94. Leopoldine H. 4. März 1889	25 J.	Linke Hüftgegend und Hinterseite des linken Oberschenkels	1. und 2. Grad	Geheilt in 8 Tagen	Siedendes Wasser
95. Karl S. 16. März 1889	15 J.	Hals, Nacken und Rücken	1. und 2. Grad	Geheilt in 7 Tagen	Siedendes Wasser
96. Marie S. 23. April 1889	22 J.	Die ganze Körper-oberfläche	2. Grad	Gestorben am 1. Tage	Petroleumexplosion
97. Marie M. 24. April 1889	21 J.	Gesicht und beide Vorderarme	2. Grad	Geheilt in 12 Tagen	Siedendes Wasser

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brand-wunden*	*Heilungs-dauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
98. Anton S. 27. Mai 1889	31 J.	Gesicht, Hals, Nacken, Brust, einzelne Stellen des Rückens, Schultern, Arme, Gesäfs und Oberschenkel	1. und 2. Grad	Tod am 4. Tage	Benzin- u. Ligroinexplosion
99. Alexander H. 27. Mai 1889	24 J.	Gesicht, Hals, Nacken, Rücken, Gesäfs, Arme und Oberschenkel	1. und 2. Grad	Tod am 9. Tage	Benzin- u. Ligroinexplosion
100. Karl M. 27. Mai 1889.	32 J.	Gesicht, Hals, Nacken, Brust, Schultern, Arme u. Streckseite beider Oberschenkel	1. und 2. Grad	Geheilt am (12. Juli) in 54 Tagen	Benzin- u. Ligroinexplosion
101. Ferdinand H. 27. Mai 1889	27 J.	Gesicht, Hals, Nacken, Schultern, Brust, Arme und Oberschenkel	1. und 2. Grad	Geheilt nach 54 Tagen	Benzin- u. Ligroinexplosion
102. Josef H. 27. Mai 1889	27 J.	Gesicht, Hals, linker Oberarm, beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt nach 54 Tagen	Benzin- u. Ligroinexplosion
103. Rudolf E. 27. Mai 1889	30 J.	Kopf, Gesicht, Hals, rechte Schulter, ob. Teil des Rückens, beide Vorderarme und Hände	1. und 2. Grad	Geheilt nach 54 Tagen	Benzin- u. Ligroinexplosion
104. Franz J. 27. Mai 1889	19 J.	Kopf, Gesicht, Hals, beide Hände und der rechte Oberarm	1. und 2. Grad	Geheilt nach 54 Tagen	Benzin- u. Ligroinexplosion
105. Robert F. 27. Mai 1889	21 J.	Gesicht, Hals und beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt nach 14 Tagen	Benzin- u. Ligroinexplosion
106. Nathan B. 11. Mai 1889	21 J.	Gesicht und beide Hände	1. und 2. Grad	Geheilt nach 22 Tagen	Gasexplosion

Name	*Alter*	*Ausbreitung der Wunden*	*Grad der Brandwunden*	*Heilungsdauer oder Tod*	*Ursache der Verbrennung und Anmerkung*
107. Aloisia R. 26. Mai 1889	27 J.	Die ganze Körperoberfläche	1. und 2. Grad	Tod am 6. Tage	Sturz in eine Kalkgrube. Pat. abortierte am 5. Tage
108. Johanna S. 14. Mai 1889	24 J.	Der rechte Fufsrücken und ein Teil des linken Fufsrückens	2. Grad	Geheilt am 26. Tage	Siedendes Schmalz
109. Julie P. 28. Mai 1888	16 J.	Der linke Arm, der linke Oberschenkel und die ganze linke Thoraxhälfte, auch die rechte Brust	1., 2. und 3. Grad	Gebessert in 375 Tagen	Siedendes Wasser. An den Stellen, wo Wunden ersten und zweiten Grades waren, vollständig geheilt. Auch an den Stellen, wo Brandwunden dritten Grades waren, langsame aber stetige Vernarbung. Um dieselbe zu beschleunigen, wurden Transplantationen vorgenommen

Resumé.

A.

Verbrennungen ersten und zweiten Grades.

No. 1, 2, 3, 4, 6†, 10, 16, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45†, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 58, 59, 61, 62, 63, 66, 67†, 68, 69, 70, 71, 72, 73†, 74†, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 85†, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 96†, 97, 98†, 99†, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107†, 108.

Summe = 82 Fälle.

Hiervon geheilt 71 = 86,5 %.

Minimale Behandlungsdauer: 5 Tage

Maximale „ 53 „

Mittlere „ 19,1 „

† Gestorben 11 = 13,5 %.

Verbrennungen dritten Grades.

No. 5†, 7, 8, 9, 11, 12, 13†, 14†, 15, 17†, 22, 23†, 25, 27, 52, 53†, 57, 60, 64, 65, 75, 82†, 83, 84, 92†, 93†, 109. Summe 27 Fälle.

Geheilt 18 = 66,6 %.
Minimale Behandlungsdauer: 8 Tage
Maximale „ 375 „
Mittlere „ 75,5 „
† Gestorben 9 = 33,4 %.

B.

Geheilt.

No.		nach		Tagen	No.		nach		Tagen	No.		nach		Tagen
No.	1	nach	8	Tagen	No.	38	nach	21	Tagen	No.	71	nach	5	Tagen
„	2	„	6	„	„	39	„	25	„	„	72	„	36	„
„	3	„	16	„	„	40	„	28	„	„	75*	„	128	„
„	4	„	9	„	„	41	„	22	„	„	76	„	53	„
„	7*	„	62	„	„	42	„	10	„	„	77	„	14	„
„	8*	„	25	„	„	43	„	13	„	„	78	„	20	„
„	9*	„	14	„	„	44	„	12	„	„	79	„	10	„
„	10	„	14	„	„	46	„	11	„	„	80	„	6	„
„	11*	„	46	„	„	47	„	8	„	„	81	„	41	„
„	12*	„	108	„	„	48	„	22	„	„	83*	„	85	„
„	15	„	35	„	„	49	„	20	„	„	84*	„	59	„
„	16	„	14	„	„	50	„	32	„	„	87	„	31	„
„	18	„	32	„	„	51	„	32	„	„	88	„	21	„
„	19	„	13	„	„	52*	„	95	„	„	89	„	9	„
„	20	„	18	„	„	54	„	11	„	„	90	„	21	„
„	21	„	17	„	„	55	„	7	„	„	91	„	9	„
„	22*	„	30	„	„	56	„	11	„	„	93*	„	80	„
„	24	„	47	„	„	57*	„	24	„	„	94	„	8	„
„	26	„	11	„	„	58	„	21	„	„	95	„	7	„
„	27*	„	101	„	„	59	„	8	„	„	97	„	12	„
„	28	„	11	„	„	60*	„	53	„	„	100			
„	29	„	17	„	„	61	„	24	„	„	101			
„	30	„	17	„	„	62	„	10	„	„	102			
„	31	„	31	„	„	63	„	11	„	„	103	„	54	„
„	32	„	27	„	„	64*	„	8	„	„	104			
„	33	„	14	„	„	65	„	14	„	„	105			
„	34	„	23	„	„	66	„	5	„	„	106	„	22	„
„	35	„	30	„	„	68	„	31	„	„	108	„	26	„
„	36	„	13	„	„	69	„	40	„	„	109*	„	375	„
„	37	„	33	„	„	70	„	50	„					

Summe 89 Fälle = 81,7 %.

Gestorben:

No. 5*, 6, 13*, 14*, 17*, 23*, 25*, 45, 53*, 67, 73, 74, 82*, 85, 86, 92*, 96 98, 99, 107. Summe 20 Fälle = 18,3 %.

* Verbrennungen dritten Grades.

Das Dengue-Fieber.

Dargestellt besonders nach Beobachtung aus der Epidemie in Konstantinopel im Sommer 1889

von

Dr. E. von Düring,
Professor für Dermatologie und Syphilis an der École Impériale de Médecine,
Arzt am Deutschen Hospital in Konstantinopel.

(Fortsetzung.)

Ätiologie. Das Denguefieber ist eine exquisit kontagiöse Krankheit. Entgegen den Berichten über frühere Epidemien (Zuelzer), scheint die jetzige Epidemie den Landverbindungen weniger zu folgen, als den Seewegen; alle untereinander in Verbindung stehenden Hafenplätze, und zwar fast in der Reihenfolge, wie die Lebhaftigkeit des Verkehrs die Infektionsmöglichkeit begünstigt, sind infiziert worden.

Wenn in einem Hause eine Person erkrankt ist, so folgt bald die ganze Bewohnerschaft mit wenigen Ausnahmen. Um z. B. prägnante Beispiele zu geben, ist vom Personal der hiesigen deutschen Post, die in Galata liegt, auch nicht eine Person verschont geblieben; angefangen vom Direktor bis hinab zum letzten „Hamal“ (Träger) haben alle Beamten der Krankheit ihren Tribut zahlen müssen.

Dr. St....... teilt folgenden Fall mit, in seinem eigenen Hause erlebt: Am Sonntag kommt die Lehrerin der Kinder zu ihm ins Haus, deren Schwestern beide 2 Tage vorher am Dengue erkrankt waren; am Montag mufs sie fortgehen, da auch sie erkrankt ist; am Mittwoch erkrankt ihre Schülerin, die Tochter des Kollegen, und seine Frau; am Donnerstag das Dienstmädchen und am Freitag der Kollege selbst.

Die Kontagiosität konnte in einigen Fällen schlagend bewiesen werden.

So war z. B. bis ca. Mitte September das asiatische Ufer und speziell der Ort Moda, südlich von Scutari auf einer Landzunge gelegen, die sich den Prinzeninseln gegenüber ins Marmarameer erstreckt, kein einziger Fall von Dengue beobachtet worden.

Der Vater eines in Galata wohnenden Kaufmannes, der vollständig paralysiert war, infolge dessen also nie das Haus verliefs, wurde der erste Dengue-Patient und zwar dadurch, dafs sein vom Dengue befallener Sohn ihn am 4. oder 5. Tage in der Rekonvalszenz besuchte.

Mordtmann macht darauf aufmerksam, daſs am „intensivsten die schlecht ventilierten Steinhäuser mit Abtrittemanationen befallen waren, sowie die Häuser, die in den Thaleinschnitten standen; zuerst wurde das Dienstpersonal befallen, das meist in den engen Räumen des Unterhauses verweilt, in nächster Nähe meist sehr schlecht bestellter Abtritte."

Meistens folgten dem ersten eingeschleppten Fall, wie bemerkt, bald alle Bewohner des Hauses; in den Sommerfrischen blieben aber häufig die Fälle isoliert.

M. weist auch noch auf die Analogie mit Cholera hin: die Bildung sekundärer Herde nach Einschleppung eines primären Falles erfordern gewisse günstige Vorbedingungen.

Die Ärzte scheinen relativ immum zu sein.

Auch Gegenstände, z. B. Wäsche, vermögen die Erkrankung zu verbreiten. So liegt z. B. folgende sicher konstatierte Beobachtung vor: Eine Wäscherin besorgte, i. e. wusch, bügelte, faltete etc. mit einem frischen Dengue-Exanthem an den Händen Wäsche für 5 verschiedene Familien; in jeder Familie erkrankte ein Mitglied und zwar gerade das, welches von der frischen Wäsche angezogen hatte. Und zwar waren dies Personen, die einige Wochen früher, als die Epidemie dieses Viertel „abgraste", verschont geblieben waren.

Die bisherige Annahme, daſs das Klima eine Grenze für das Dengue sei, scheint nicht mehr haltbar. Konstantinopel hat durchaus kein tropisches Klima, und in den Häfen des Schwarzen Meeres ist doch die „Äquatorialgrenze" sicher überschritten.

Die Inkubationsdauer des Dengue scheint sich ziemlich genau — ich spreche stets von der hiesigen Epidemie — auf 48 Stunden angeben zu lassen; die kürzeste Frist ist 24 Stunden; die äuſserste Frist dürfte aber längstens 4—5 Tage sein.

Die Inkubationsdauer von 48 Stunden lieſs sich häufig bei den hier Zugereisten konstatieren; ein hiesiger Chirurg, Herr Dr. Macrys, führte in den Verhandlungen d. S. I. de Médecine folgende Beobachtung an. Drei Patienten, die aus dem Innern zugebracht waren, erkrankten genau 48 Stunden nach der Operation. Es scheint sich daraus auch noch zu ergeben, daſs der durch die Operation alterierte Organismus zur Infektion prädisponiert ist.

Das Dengue befällt alle Klassen der Bevölkerung und jedes Alter. In den ersten Wochen der Epidemie schienen die Kinder fast immun zu sein; seither aber sind sie mindestens gleich stark an den Erkrankungen beteiligt gewesen. Es wurde von einem — letal geendeten — Fall bei einem 3tägigen Kinde berichtet; Mordtmann sah, als jüngstes Alter, ein 8 Monate altes Kind.

In der letzten Zeit schienen kräftige Personen, besonders Männer,

heftiger ergriffen zu werden und schwerer krank zu sein, als schwache Personen und Frauen.

Merkwürdig ist, dafs auch die Haustiere von der Epidemie ergriffen werden; die mitgeteilten Beispiele sprechen entschieden dafür. So lag z. B. eine Katze, die ein am Denguefieber erkrankter Knabe ins Bett und in seine Arme genommen hatte, nach einigen Tagen still in der Ecke, ohne zu fressen, mit fast paralysierten Hinterbeinen; ähnliche Beispiele werden von ernsten und glaubwürdigen Personen, Hunde und Katzen betreffend, mehrfach mitgeteilt. ZUELZER führt ähnliche Beobachtungen aus der Litteratur an.

Krankheitsbild. Ich werde zunächst ein allgemeines Krankheitsbild geben und dann auf die einzelnen Symptome des näheren eingehen. Die hiesige Epidemie weicht in manchen wesentlichen Punkten von dem Bilde ab, das ZUELZER nach den verschiedenen Berichten von derselben machen konnte.

ZUELZER sagt: „Die dem Dengue eigentümlichen Krankheitserscheinungen stellen sich in zwei verschiedenen, zuweilen durch einen mehrtägigen Intervall getrennten Perioden dar. Die erste ist fieberhaft, durch akute, multiple, schmerzhafte Gelenkanschwellungen, ähnlich der Polyarthitis rheumatica, und ein polymorphes, flüchtiges Exanthem, die zweite, afebril verlaufende, durch eine terminale etwas länger bestehende Eruption charakterisiert, welche analog der initialen sehr differente Formen annimmt."

Dem gegenüber haben wir hier das erste polymorphe, flüchtige Exanthem sehr selten zu beobachten Gelegenheit gehabt, so selten, dafs viele Ärzte es überhaupt verneinen; und wenn es auftrat, so war es nie polymorph, sondern eine sehr blasse, diffuse Röte; dagegen trat das charakteristische polymorphe Exanthem gewöhnlich am 3. oder 4. Tage auf, mit Abfall der Temperatur.

Die Scheidung in zwei oder besser drei Stadien würde sich nach unseren Beobachtungen folgendermafsen darstellen:

Die erste Periode ist fieberhaft, mit akuten, heftigen periartikulären und muskulären Schmerzen, meist ohne Exanthem; die zweite Periode ist subfebril oder afebril, und tritt mit dem Erscheinen eines exquisit polymorphen Exanthems ein. Manchmal erfolgt am 6. Tage ein Relaps: febril, mit einem zweiten Exanthem.

Als dritte Periode könnte man versucht sein, die Rekonvaleszenz hinzustellen, denn dieselbe ist aufserordentlich langwierig und durch gastrische oder cerebrale Störungen ausgezeichnet.

Meist ohne Prodromalstadium, oder mit 24stündiger geringer Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, leichtem Frösteln, aber selten Schüttelfrost

setzt das Fieber ein und zwar häufig mit Temperaturen von 39—40° C. Gelenkanschwellungen sind aufserordentlich selten, dagegen Kreuzschmerzen oft sehr heftig, periartikuläre, muskuläre Schmerzen fast stets vorhanden.

Am 3. oder 4. Tage tritt mit Abfall der Temperatur ein Exanthem auf, wie es polymorpher kaum gedacht werden kann; dasselbe dauert meistens 2—3 Tage, selten kürzer, oft länger.

Dabei steht eine zum übrigen Symptomenkomplex in gar keinem Verhältnis stehende allgemeine Prostration. Die Kranken können kaum ein Glied rühren, fühlen sich „sterbenselend." Die Kopfschmerzen, meist umschrieben und auf die Orbita, Stirn, resp. Hinterkopf beschränkt, können manchmal langsam wandernd sich bis zur Unerträglichkeit steigern. Delirien, besonders stille Delirien, kommen häufig vor.

Sehr in den Vordergrund tritt die Unruhe und Schlaflosigkeit; länger anhaltend ist oft eine auffallende Gedächtnisschwäche. — Selbst in mittelschweren Fällen werden häufig Parästhesien, Hyperästhesien und Anästhesien der Haut beobachtet.

Die gastrischen Störungen sind sehr bedeutende: Die Zunge ist meist dick weifs belegt, mit einem scharf roten Rande, oder sie sieht aus wie geschunden; der Geschmack ist auch noch in der Rekonvaleszenz sehr schlecht, fast faulig; der Atem fötid stinkend.

Manchmal besteht anfangs Obstipation und später Diarrhoën, häufig aber von vornherein Diarrhoë, die sich bis zu dysenterischen Erscheinungen steigern kann.

Der Appetit fehlt vollkommen, die Kranken verweigern des schlechten Geschmackes wegen jede Nahrungsaufnahme.

Erbrechen wurde seltener, Übligkeit dagegen häufig beobachtet; sehr häufig ist die Klage, dafs die Kranken brechen möchten und nicht können.

Der Puls ist meist sehr beschleunigt; in der Rekonvaleszenz häufig etwas matt.

Herzaffektionen wurden nicht beobachtet; dagegen wurden bestehende Herzleiden oft sehr erheblich beeinflufst.

Milztumor fehlt.

Drüsenschwellungen, besonders am Hals und in der Inguinalgegend werden hin und wieder beobachtet.

Nachschübe, besonders am 6. Tage mit neuem Exanthem wurden, wenn auch nicht häufig, beobachtet; das Gleiche gilt von den Recidiven.

Die Rekonvaleszenz ist langdauernd, und besonders die allgemeine Schwäche hält lange an — oft 14 Tage bis 3 Wochen.

Die Prognose ist in weitaus der gröfsten Mehrzahl der Fälle eine gute; schwerere Komplikationen sind selten.

Die Krankheit wurde im allgemeinen so leicht genommen, besonders in den ersten Wochen, dafs für die davon Befallenenen häufig das Sprichwort Geltung bekam: Wer den Schaden hat, braucht für den Spott nicht zu sorgen.

Während in seltenen Fällen die Krankheit als leichtes Unwohlsein verläuft, machen die meisten davon Befallenen einen schwerkranken Eindruck; sie magern rasch ab, sehen abgemattet und verfallen aus. —

Da ich nach der ausführlichen Besprechung der Symptome und Komplikationen unter der Rubrik Fieber eine Reihe von Krankengeschichten aphoristisch mit den Fieberkurven gebe, will ich auf die ausführliche Beschreibung eines bestimmten Falles verzichten.

Symptomatologie und Komplikationen.

Prodromalsymptome sind beim Dengue wenig ausgesprochen; meistens erkranken die Befallenen plötzlich mit Kopfschmerzen, Gliederschmerzen und Frösteln. Ein scharf markierter Initialfrost wird sehr selten beobachtet. Erbrechen tritt manchmal sofort ein.

Konvulsionen und — besonders ausgezeichnete — hysterische Zufälle in der Prodrome wurden nicht beobachtet.

Die längste Prodromalzeit, die ich beobachtet habe, betrug ca. 2 Tage, bestehend in allgemeinem Unwohlsein, Kreuz-, Kopf- und Muskelschmerzen.

Eigentümlich ist es, dafs wir eigentliche Gelenkaffektionen, von denen ZUELZER nach den ihm vorliegenden Berichten sagt, sie seien pathognomonisch, gar nicht beobachtet haben. Zwar klagen viele Kranke über Schmerzen in den Kniegelenken, — aber bei genauerer Untersuchung zeigt es sich, dafs die Schmerzen periartikulär oder intramuskulär sind; periartikulär finden sich auch Schwellungen. MORDTMANN sagt: „Lokalisationen in den Gelenken sah ich nie — nicht einmal bei zu Rheumatismus geneigten Patienten.“

Nur ganz vereinzelt berichteten einige Ärzte über Beobachtungen von Gelenkschwellungen, und in einer Reihe der Fälle vermochten sie die übrigen Kollegen nicht von der Unanfechtbarkeit ihrer Diagnose zu überzeugen.

Dagegen sind die periartikulären, rheumatoïden Muskelschmerzen und die „zerschlagenen Glieder“ („Braek-boon“) ganz konstant. Die Schmerzen lokalisieren sich häufig auf dem Rücken, Kreuz und unteren Extremitäten. Wir haben aber wiederholt ein Wandern der Schmerzen von der Gegend der Kiefergelenke bis zu den Phalangen der Fufszehen beobachten

können, d. h. nicht, daſs die Gelenkgegenden der Reihe nach, sondern sämtlich ohne bestimmte Reihenfolge befallen wurden.

Dieses Bild weicht bedeutend ab von dem, das ZUELZER nach MARTIALIS, DUNKLEY u. s. w. gibt; diese Autoren geben an, daſs die Krankheit der Reihe nach alle Gelenke befällt, daſs das „Dengue sich besonders gern in solchen Gelenken lokalisiert, die vor dem Acceſs erkrankt und noch nicht zur Norm zurückgekehrt waren“ — daſs ferner „die Stellen der Haut, wo alte Narben von Abscessen, Brandwunden etc. sitzen, die gleichen Erscheinungen darbieten.“

Besonders die Beschreibung der Gelenke „als stark geschwollen, fast unbeweglich, schmerzhaft und auf Druck überaus empfindlich“ stimmt nicht mit den Beobachtungen, die wir in unserer Epidemie machen konnten, — es scheint also, als ob die Epidemien an verschiedenen Orten lokale Besonderheiten bieten. Dafür spricht auch, was wir weiter unten über die Affektion des Centralnervensystems mitzuteilen haben, was über die Häufigkeit gewisser Komplikationen, z. B. der Hämorrhagien von den Epidemien in Smyrna und hier beobachtet ist.

Dagegen sprechen gegen die Richtigkeit der früheren Beobachtungen die von HIRSCH mitgeteilten Sektionsbefunde; „unter 3 Sektionen wurde zweimal seröse Infiltration in der Gegend einzelner Gelenke, und einmal Rötung der ligg. cruciata des Kniees gefunden.“

Vielleicht in gleiche Rechnung auf nervöse Erkrankung, wie auf Affektion der Muskulatur ist die sehr häufig in den Vordergrund tretende Präkordialangst zu setzen.

Die Gliederschmerzen, und besonders die Schwäche in den Beinen und in den Knieen — daher die arabische Bezeichnung: „Vater der Kniee“ — halten häufig lange an, manchmal selbst wochen- und monatelang. So klagte mir vor kurzem eine Patientin über die nicht schwinden wollenden Schmerzen in Hand- und Kniegelenken, die das Dengue Anfang September überstanden hat.

Wie wir weiter unten sehen werden, beobachtet man selbst Paralysien, die, wenn auch vorübergehend, so doch sehr alarmierend sind; man findet alle Übergänge von leichter muskulärer Schmerzhaftigkeit und Ermüdung bis zu vollständiger Lähmung — besonders einer oberen und einer unteren Extremität.

Auch was die Erscheinungen an der Haut angeht, bietet unsere Epidemie viel Abweichendes. Während nach ZUELZER das Exanthem in zwei Perioden — wenigstens in der Mehrzahl der Fälle — auftritt („CHARLES sah es in zwei drittel, MARTIALIS bei der Hälfte der Kranken, andere noch etwas seltener“), müssen wir sagen, daſs ein eigentliches Exanthem in der ersten Periode selten oder gar nicht mitgeteilt ist; hin und wieder wurde ein diffuses blasses Erythem beob-

achtet, das besonders im Gesicht ausgesprochen und mit einer gewissen „Gedunsenheit“ vergesellschaftet war. In der ersten Periode ist gleichzeitig häufig die Conjunctiva gerötet, die Augenlider sind leicht geschwollen, und es besteht Lichtscheu. — Verschiedene Beobachter (MARTIALIS, und in den hiesigen Verhandlungen ROBINSON) haben darauf aufmerksam gemacht, daſs, wenn man mit einer Bleifeder z. B. einen Strich auf der Haut zieht, ihm unmittelbar ein nach kurzer Zeit verschwindender roter Strich entspricht.

Gerade in dieser Periode sind auch die Hyperästhesien und Anästhesien am meisten ausgesprochen, auch in den Fällen, wo von einem Erythem nicht die Rede sein kann.

Das charakteristische, polymorphe Dengue-Exanthem tritt mit dem Temperaturabfall etwa am 4. Tage auf. Wir sahen es fast in allen Fällen — wir können sagen wenigstens in $^{9}/_{10}$ der Fälle; CHARLES und MARTIALIS geben es auf $^{2}/_{3}$ der Fälle, MORGAN nur auf 11 % an.

Das Exanthem ist, wie schon erwähnt, ganz auſserordentlich polymorph. Dasselbe war häufig über den ganzen Körper verbreitet; MORDTMANN wies richtig darauf hin, daſs, wenn es nicht universell ist, der Sitz konstant an den Unterkieferwinkeln, Stirn, oberer Sternalgegend und oberen Extremitäten ist.

Im allgemeinen ist das Exanthem — besonders das begrenzte — von kurzer Dauer; manchmal schwand es schon nach wenigen Stunden, in der Mehrzahl der Fälle nach 2—4 Tagen; oft aber auch bestand es fast 2 Wochen, besonders wurde es leicht durch Reiben, Erregung, Erwärmung in voller Blüte wieder hervorgerufen; in dieser Zeit war auch das Jucken mehr hervortretend, und überall da, wo Berührung mit Kleidungsstücken stattgefunden hatte, sehr lästig. — Das Jucken und Brennen ist oft sehr lästig und hält manchmal lange an.

Das Aussehen des Exanthems schwankt vom einfachen Erythem bis zu fast lichenösen Papeln und groſsen Urticariaquaddeln.

Manchmal gleicht es täuschend einem Masernexanthem; manchmal einem Scharlachexanthem, es finden sich weinfarbige, gröſsere Flächen bildende Flecke, die auf Fingerdruck nicht verschwinden.

Wenn gleichzeitig, wie es in der letzten Zeit der Fall war, eine Scharlachepidemie auftritt, so ist die Differentialdiagnose garnicht leicht, und ich glaube, daſs eine ganze Reihe von diagnostischen Irrtümern mit untergelaufen ist, — besonders möchte ich das für die Fälle behaupten, wo von schweren Rachenaffektionen die Rede ist.

Am häufigsten tritt das Exanthem in Form von kleinen Papeln auf, die von blaſsroter Farbe und minimalster Kleinheit, bis zu dunkelbraunroter Farbe und Erbsengröſse wechseln; in einem Falle glich es

täuschend einem papulösen Syphilid; in einem anderen Falle waren zwischen ein blaſs-papulöses Exanthem minimalste, fast petechienartige dunkelrote Flecke eingesprengt.

Einigemal sah ich zwischen kleine Papeln groſse Quaddeln eingestreut. Es scheint auch, daſs in früheren Epidemien die Diagnose dadurch manchmal auf Erythema multiforme gestellt wurde, besonders da CHARLES (nach ZUELZER) angibt, daſs das Exanthem unter anderem auch als Lichen, als Roseola, vesikulös oder in Form groſser Blasen auftreten kann.

Es wurde auch hier Derartiges berichtet; daſs es hin und wieder zur Bildung einiger Vesiculae gekommen ist, erscheint glaubhaft. Was darüber hinausgehend berichtet wird, dürfte mit Vorsicht aufzunehmen sein. So konnte ich mich in einem Falle davon überzeugen, daſs es sich um einen Pemphigus, in einem anderen Falle um Impetigo contagiosa handelte, wo Dengue-Exanthem mit Pusteln diagnostiziert wurde.

Auch ein Fall, der mir mitgeteilt wurde, den ich aber selbst nicht gesehen habe, sei hier angeführt, da er wahrscheinlich in dem später erscheinenden Berichte der Société Impériale de médécine angeführt wird. Danach sollen sich bei einem jungen Mädchen, bei dem Lues unbedingt auszuschlieſsen war, aus Pusteln serpigininöse Ulcerationen symmetrisch auf den oberen Extremitäten ausgebildet haben.

In einigen Fällen beobachtete MORDTMANN bei universellster Ausbreitung „eine intensive Rötung ohne Zwischenräume, wie Erysipelas bis über die Füſse.“ Hin und wieder beobachtete derselbe Kollege „völlig aufgedunsene, leicht ödematöse Haut.“

Wenn das Exanthem längere Zeit (2—3 Tage) besteht und universeller wird, ist die eigentümlich karmoisinrote, mit Schwellung und einer gewissen, wenn ich mich so ausdrücken darf, anästhetischen Hyperästhesie (ähnlich der Anaesthesia dolorosa) einhergehende Affektion der Haut der Hände und Füſse — besonders an der Volar- resp. Plantarfläche — auffallend. Hier persistiert das Exanthem besonders lange und lästig.

Bei Negern, die typisches Dengue durchmachten, war das Exanthem nicht zu konstatieren.

Wenn das Exanthem sich zurückbildet, so verschwindet — und zwar meist sehr bald — die intensive Rötung rasch; die Haut sieht dann welk aus, hat von ihrer Elastizität eingebüſst. Die Abschilferung beginnt am 4. oder 5. Tage; in gröſseren Stücken, wie etwa nach Scharlach, habe ich die Abschilferung nie beobachtet; sie war stets sehr fein, kleienartig, und hielt meist kurze Zeit, 4—5 Tage, in einigen Fällen aber bis zu 2 Wochen an. Spuren des Exanthems zeigten sich, manchmal besonders, wie erwähnt, bei Reizung der Haut, noch nach 13 Tagen.

Manchmal wurde ein Wiedererscheinen des schon verschwindenden

Exanthems nach einigen Tagen beobachtet, entweder, wie ich es sah, in der gleichen Form, oder in ganz anderer Gestalt, wie andere es beobachteten.

Folgende höchst interessante Mitteilung machte mir MORDTMANN noch nach Schluſs der Arbeit (3. Dezember).

Abgesehen von zahlreicheren zweiten Attacken und Fällen, in denen das Dengue sogar zum drittten Male dieselbe Person befallen hat (nach 3 bis 6 Wochen), konnte er in einem Falle bei der zweiten Attacke, mit Exanthem, Neuralgien, Nacken- und Stirnschmerzen, an den Ohren einen typischen Zoster konstatieren.

Fälle, wie ZUELZER sie als von ROCHARD beobachtet anführt, daſs „durch tiefgehende Desquamation, wie nach einer Verbrennung“ groſse Abschnitte der Cutis entblöſst wurden, haben wir nicht beobachtet.

An den Schleimhäuten und dem Verdauungstraktus lassen sich ebenfalls eine ganze Reihe von Veränderungen konstatieren. Der Durst ist meistens sehr groſs und um so quälender, als den Kranken bei dem schlechten Geschmack alle Getränke widerlich schmecken.

In den Fällen, in welchen die Zunge nicht den erwähnten dicken Belag, sondern das geschundene Aussehen hat, zeigt sich dunkelrote Färbung der Fauces; die Schleimhaut des Mundes erscheint gelockert, manchmal leicht blutend; Schlingbeschwerden manchmal von Anfang an und persistieren längere Zeit; auf der Schleimhaut haften kleine Schleimklümpchen. Der Katarrh erstreckt sich auf den Kehlkopf und reizt zum Husten.

Der entsetzlich faulige Geschmack und die Appetitlosigkeit persistieren lange, oft mehrere Wochen; sie können bei älteren, geschwächten Individuen häufig durch die ungenügende Nahrungsaufnahme verhängnisvoll werden.

Bronchialkatarrhe wurden hin und wieder beobachtet, ohne jedoch (auſser bei bestehenden Lungen- oder Herzkrankheiten) von irgend nennenswerter Bedeutung zu sein. Pneumomien als Komplikation sind, soweit überzeugende Berichte vorliegen, nicht beobachtet.

MORDTMANN hat beobachtet, daſs bei hereditär belasteten, resp. schon vorher suspekten Individuen sich im Gefolge des Dengue eine Spitzeninfiltration entwickelte; bei einem auf Tuberkulose verdächtigen chlorotischen Mädchen beobachtete er Hämoptoë.

Leicht blutig tingierte Expektorationen wurden häufiger beobachtet, ohne ernstere Bedeutung zu haben.

Bei bestehenden schweren Lungenleiden beschleunigte das Dengue den letalen Ausgang sichtlich.

Magen- und Darmschleimhaut sind an der Erkrankung beteiligt. Appetitlosigkeit, Brechen und Übelkeit (die übrigens auch auf den Ein-

flufs der gereizten Meningen bezogen werden könnten) sind konstant vorhanden.

Während im Anfang meist Obstipation besteht, stellen sich bald Diarrhöen ein, die oft ein Einschreiten erfordern und in einzelnen Fällen die Patienten bedenklich schwächen; in der Rekonvaleszenz kommt es hin und wieder zu dysenterischen Erscheinungen.

Mordtmann beobachtete Magen- und Darmblutungen, die in einem Falle bei einem dekrepiden Individuum tödlich verliefen; dasselbe berichten andere Kollegen.

Ebenso teilt M. 2 Fälle mit, in denen Erbrechen, Durchfälle und Präkordialangst ein dem Cholerakatarrh analoges Bild boten, mit kleinem Puls und kalten Extremitäten, und zwar nach dem Erscheinen des Exanthems.

In einem Falle entwickelte sich bei einem 3jährigen Knaben ein Icterus catarrhalis, febrilis im Gefolge des Dengue.

Bei den Affektionen des Zirkulationsapparates und der Sekretionsorgane sind es besonders die Hämorrhagien, die unsere Aufmerksamkeit verdienen.

Wir haben schon die Blutungen aus der Schleimhaut des Mundes, der Trachea und Bronchien erwähnt; die Magenblutungen sind in früheren Epidemien, z. B. in Madras, besonders bedenklich gewesen, während sie während der Konstantinopler Epidemie immerhin selten zur Beobachtung kamen. Auf die Darmblutungen haben wir schon hingewiesen.

Sehr häufig beobachtet wurde heftige Epistaxis, die sich bis zu bedrohlicher Anämie steigerte.

Frauen, die sonst durchaus normal menstruiert waren, bekamen heftige Metrorrhagien, zum Teil bedeutend vor der regelmäfsigen Zeit.

Bei einem Kinde von 3 Jahren beobachtete Mordtmann eine heftige Blutung links aus dem Mittelohr, ohne dafs eine Otitis media vorhergegangen wäre.

Während bei gesunden Individuen ein ungünstiger Einflufs auf das Herz nicht zu beobachten war, zeigte sich bei Herzleidenden Verschlimmerung, oft in bedenklicher Weise, und es sind sogar Fälle mit letalem Ausgang mitgeteilt worden. Es kam zu Anxietas praecordialis, Dyspnöe und stenokardischen Anfällen. Mordtmann beobachtete das besonders in einem Falle, der mit Arteriosklerose und Degeneration des Herzmuskels kompliziert war. Ich selbst hatte Gelegenheit, im Gefolge des Dengue langdauernde Kompensationsstörungen bei einer Mitralsuffizienz zu beobachten, mit bedeutenden Ödemen und Transsudaten.

Während M. in zwei Fällen von Aorteninsufficienz bei jüngeren Individuen ohne Degeneration des Herzmuskels selbst einen zweiten Anfall

günstig vorübergehen sah, starb eine Frau, die im 7. Monat schwanger und sehr fettleibig war, synkoptisch.

Im Verlaufe der Krankheit, besonders nach Auftreten des Exanthems, schwellen die Lymphdrüsen des Halses und der Inguinalgegend manchmal an; daſs es zu heftigerer Entzündung gekommen wäre, habe ich nicht beobachtet.

Der Urin ist gegen Ende der fieberhaften Periode spärlich, hochgestellt; in einigen Fällen wurde geringe Albuminurie nachgewiesen — unter ca. 20 untersuchten Fällen dreimal —, die aber ohne wesentliche Bedeutung war und im übrigen vollkommen symptomlos vorüberging.

Die Schweiſse treten häufig gegen Ende der fieberhaften Periode auf und bestehen manchmal, als Symptom der Prostration, noch einige Zeit. Der Schweiſs hat einen eigentümlichen, dem foetor ex ore ähnlichen Geruch.

Es gelang mir nicht, die in dem Blute von Denguekranken von Cunningham und Charles beobachteten „kleinen, rundlichen Körperchen, die sich bald einzeln, bald durch eine gelatinöse Masse zu kleineren oder gröſseren Häufchen verbunden zeigten“, zu sehen. Ebensowenig ergaben, bei den gebräuchlichsten Färbungsmethoden, die Untersuchungen auf Bakterien irgend ein positives Resultat. Auch Kulturversuche, die ich sowohl mit Blut, als mit exzidierten Hautstückchen auf Fleischgelatine anstellte, blieben ohne Erfolg; sämtliche Kulturen blieben steril. Leider steht mir kein Laboratorium zur Verfügung, so daſs ich diese Untersuchungen unter den denkbar primitivsten Verhältnissen anstellen muſste — ich kann sie also nicht als ausschlaggebend betrachten.

Die Erscheinungen von seiten des Nervensystems sind in vielen Fällen sehr heftige.

Von den Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, der Schlaflosigkeit und Unruhe der Kranken war schon oben die Rede. Wir weisen noch einmal auf die eigentümliche Schwächung des Erinnerungs- und Denkvermögens hin, die im Gefolge des Dengue beobachtet wird — worauf auch schon Slaughter aufmerksam gemacht hat. Dieser Mangel drückt sich oft darin aus, daſs mitten im Satze dem Redenden der Gedanke derart entfallen ist, daſs er den Satz nicht vollenden oder sich auf die nächstliegenden Dinge und Namen nicht besinnen kann. Diese Störung dauert häufig 8—14 Tage lang.

Auffallende Ähnlichkeit bieten die Erscheinungen vor dem Eruptionsstadium mit den Symptomen, die einer Blatterneruption vorhergehen, — dieselben heftigen Kopfschmerzen, dieselben Kreuzschmerzen —, und es sind denn auch Fälle vorgekommen, wo man durch eine Variola

plötzlich aus der Dengue-Diagnose aufgeschreckt wurde — mir selbst ist es auch in einem Falle passiert.

Entschieden auf tiefergreifende nervöse Störungen ist die große Prostration, die lange Rekonvaleszenz und die oft hochgradige und rasch eintretende Abmagerung der Kranken zu setzen.

Sehr viele Fälle boten schwerere Gehirnsymptome dar. Eklamptische Anfälle beobachtete Mordtmann bei einem Knaben von sieben Jahren, der in frühester Kindheit schon an Eklampsie gelitten hatte. Konvulsionen bei Kindern wurden häufiger berichtet; bei Erwachsenen kam es zu maniakalischen Anfällen und Selbstmordideen; sie schwanden mit Ausbruch des Exanthems. Nur in einem Falle wurde berichtet, daß sie in beängstigender Weise längere Zeit bestanden haben.

Sehr häufig wurden folgende Symptome in der Rekonvaleszenz beobachtet, die auf eine Mitbeteiligung der Meningen hindeuten: Längere Zeit anhaltendes wüstes Gefühl im Kopf, Empfindlichkeit des Nackens und des Lumbarteils der Wirbelsäule, ziehende Schmerzen in den Muskeln und eine lähmungsartige Schwäche in den unteren Extremitäten, die in gar keinem Verhältnisse zu der Höhe des Fiebers stand. Ja, es wurden vorübergehende vollständige Paralysien beobachtet.

Ich hatte Gelegenheit, einen Patienten zu untersuchen, der seit mehreren Jahren an ausgesprochener Tabes leidet; er war nach dem Dengue vollständig gelähmt und konnte auch, als ich ihn nach drei Wochen sah, nicht den früheren, schon mangelhaften Gebrauch von seinen unteren Extremitäten machen!

M. beobachtete in einem Falle Neuralgien in den Ästen des Trigeminus rechts und Ameisenkriechen in der linken Körperhälfte.

In einem andern Falle wurde melancholische Verstimmung bei leichterhöhten Temperaturen noch längere Zeit beobachtet. Weiter sah M. eine 24 Stunden anhaltende Neuralgie des linken Ovariums.

Aber es wurden auch Fälle, und zwar von mehreren Ärzten, beobachtet mit allen Erscheinungen einer schweren Meningitis cerebro-spinalis, die anfänglich die Diagnose durchaus unbestimmt lassen mußten und nur durch ihren schnellen, glücklichen Verlauf sich als Denguekomplikation erkennen ließen.

Auf eine Mitbeteiligung der Meningen deuten auch Beobachtungen hin, wie sie in der Rekonvalenzenz gemacht wurden: wütender Schmerz in Stirne und Augen, leichte Nackenkontraktur, Herpes labialis, intermittensartiges Fieber — bis 40°, Konstipation.

Erwähnenswert ist folgende, nicht vereinzelt dastehende Beobachtung Mordtmanns: N . . . V . . . , noch mit Dengue-Exanthem behaftet, zeigt plötzlich Fieber von 40° C., Cephalalgie, Nackenkontraktur, Erbrechen; krampfhafte Kontraktur der Bauchmuskeln, Konstipation. Sonst keine

Gehirnsymptome. Die Nackenkontraktur steigert sich langsam bis zum achtzehnten Tage; die Temperatur ist zu dieser Zeit zwischen 38 und 39° und hält sich einige Tage auf gleicher Höhe. Dann wurde das Fieber intermittierend; es trat bei steigendem Sopor ein komatöser Zustand ein; vom neunzehnten Tage nahmen die Hirnerscheinungen langsam ab, verschwanden aber erst vollständig ohne Spuren zu hinterlassen in der sechsten Woche.

Weiter deutet auf Mitbeteiligung der Meningen eine Mitteilung, die Dr. Milingon in der *Gazette Médic. d'Orient* gemacht hat. (Der Artikel ist noch nicht erschienen, mir wurde gütigst Einsicht in das Manuskript gestattet.)

Ein Mädchen, fünf Jahre alt, wurde ihm wegen Augenerkrankung infolge von Dengue zugeführt; er konstatierte Ciliarinjektion, Hypopion am Boden der vorderen Kammer, Farbe der Iris verwischt, Iris an der Kapsel adhärent, Verfärbung des Augenhintergrundes, subnormaler intraokulärer Druck, Empfindlichkeit des Bulbus beim Druck, Sehvermögen aufgehoben.

Er stellte dementsprechend die Diagnose auf Iridochorioiditis metastatica, infolge von Meningitis cerebrospinalis oder von Meningitis suppurativa metastatica; durch Verwertung der Krankengeschichte und eine sehr klare Differentialdiagnose kommt er zum Schlusse, daſs es sich um eine der Meningitis cerebrospinalis ähnliche Affektion gehandelt haben müsse.

Von groſsem Einfluſs ist das Dengue auf bestehende Erkrankungen. Da ist die allgemeine Erfahrung, daſs fast alle bestehenden chronischen Krankheiten eine meist geringe, oft aber bedeutende Verschlimmerung ihrer Symptome zeigen, und besonders in solchen Fällen oft die groſse Prostration, Appetitlosigkeit und Verdauungsstörungen recht bedenklich werden können; besonders gilt dies von Herzkrankheiten.

Auch akute Krankheiten werden vom Dengue ad pejus beeinfluſst, besonders wurde dies von Puerperalerkrankungen mitgeteilt.

Eine interessante Beobachtung (s. unter Fieber Kurve 7) hatten wir Gelegenheit an einem mit sekundärer Lues (Lues praecox gravis) in Behandlung stehenden Manne zu machen. Es bestand bei ihm: Psoriatiformes Syphilid an den Vorderarmen, papulöses und zum Teil ulceröses Syphilid auf dem Kopfe und an der Stirn; er erkrankte plötzlich unter hohem Fieber.

Es zeigte sich auf dem Rücken, am Hals, in den Kieferwinkeln, auf den Armen ein neues Syphilid; auf dem Rücken ein fast keine Stelle freilassendes annuläres Syphilid mit Pigmentcentrum; auf den Armen und am Halse ein kleinpapulöses Syphilid. Aber unter diesem Syphilid zeigte sich — und ebenso auf Brust und Bauch, wo es besonders deutlich war,

da hier kein syphilitisches Exanthem bestand — ein roseolaartiges Exanthem. Nach 3 Tagen war dieses letztere vollständig verschwunden; auch das gleichzeitig aufgetretene syphilitische Exanthem verschwand rasch, während die vorher vorhanden gewesenen Affektionen durchaus keine Neigung zur Rückbildung zeigten. Man muſs also annehmen, daſs unter dem Einfluſs des Dengue eine Disposition zu anderweitiger Erkrankung in der Haut sofort zur Entwickelung gelangt.

(Fortsetzung folgt.)

Aus den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Über die dermatotherapeutische Wirksamkeit einer neuen Jodverbindung, des Aristol.

Von

Dr. med. P. J. Eichhoff,
Oberarzt der dermatologischen und syphilidologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Von der Firma: Farbenfabriken, vormals Friedr. Bayer & Co. in Elberfeld erhielt ich zu Versuchszwecken ein Präparat zugesandt, welches, eine Verbindung von Jod mit Thymol, nach seiner Zusammensetzung versprach, das Jodoform in seinen Wirkungen zu ersetzen, ohne dessen ungünstige Eigenschaften, den intensiven, charakteristischen und stellenweise verräterischen Geruch, sowie vor allem die toxischen Eigenschaften desselben zu besitzen.

Wenngleich wir ja in der Dermatologie nicht allein, sondern in jedwedem anderen Spezialfache der gesamten Medizin das Jodoform als ein vorzügliches und in vielen Fällen spezifisches Heilmittel schätzen gelernt, welches viele Vorzüge in sich vereint, welches antiseptisch zugleich und anregend, auch sogar lokal narkotisch wirkt, so ging ich doch mit Freuden an die Prüfung des neuen Mittels heran, in der Hoffnung, daſs dasselbe das Jodoform, wenn auch durchaus nicht ganz verdrängen sollte, so doch in vielen Fällen ersetzen würde, ohne dabei die Schattenseiten des altbewährten Medikamentes zu zeigen.

Ich wandte daher das Aristol in einer Reihe von Krankheitsfällen

an, in welchen man sonst mit Jodoform vorzugehen pflegt; aufserdem aber auch in einer Anzahl von anderen Fällen, welche den Gebrauch des neuen Mittels nach dessen chemischer Formel und ihrer eignen Natur und Beschaffenheit gerechtfertigt erscheinen liefsen, welche aber bisher der therapeutischen Wirkung des Jodoforms nicht ausgesetzt zu werden pflegten, wenigstens nicht in direkter Weise, sondern mit anderen Mitteln behandelt wurden.

Ich kann hier im Anfang schon versichern, dafs diese Versuche durchweg im grofsen und ganzen zu meiner überaus grofsen Zufriedenheit ausgefallen sind.

Ehe ich dieselben mitteile, will ich einiges über die chemischen und pharmakologischen Eigenschaften des Mittels vorausschicken.

Die diesbezüglichen Angaben verdanke ich der Freundlichkeit des Herrn Dr. Goldmann von der Abteilung für pharmazeutische Produkte der Farbenfabriken.

Wird eine Lösung von Jod in Jodkalium mit einer alkalischen Thymollösung versetzt, so fällt ein rotbrauner Niederschlag aus, eine Verbindung des Thymols mit Jod. Dieser ist amorph und kann auch aus seinem Lösungsmittel Äther nicht herauskristallisiert werden. Wegen der Unlöslichkeit des Produktes in Alkali kann man annehmen, dafs das Wasserstoffatom der Hydroxylgruppe im Thymol durch Jod substituiert ist, mithin aus der OH-Gruppe die OJ-Gruppe, also eine Jodoxyl-Verbindung entsteht.

Das Aristol ist unlöslich in Alkohol, Glycerin, Wasser u. a., leicht löslich in Äther, wird aber aus diesem Lösungsmittel durch Alkohol wieder ausgefällt; auch in fetten Ölen ist der Körper leicht löslich.

Zur Vermeidung einer Umlagerung ist die Aufbewahrung unter Lichtabschlufs (in schwarzen Gläsern) erforderlich; aus gleichen Gründen ist bei der Herstellung von Lösungen Erwärmung auszuschliefsen.

Die Wirksamkeit des Aristols ist jedenfalls eine eigenartige und durch die chemischen und pharmakodynamischen Eigenschaften beider Komponenten an und für sich einerseits, als auch durch eine gegenseitige Verstärkung des einen durch das andere in der Verbindung miteinander zu erklären.

Während das Thymol allein in der Dermatotherapie sowohl als auch in der chirurgischen Wundbehandlung als Desinfiziens nicht den ersten Rang einnahm, und das Jod wegen verschiedener Nachteile, die seine Anwendung als reines Metall oder auch in vielen Verbindungen mit sich bringt, oft nicht indiziert erscheinen konnte, scheint gerade das Aristol die Vorzüge beider Mittel in sich zu vereinigen, ohne die Nachteile derselben zu zeigen.

Eine solche Verstärkung und Kompensation in der Wirkung sowie

auch eine leichtere Anwendungsmöglichkeit finden wir übrigens bei der chemischen Verbindung oder auch schon einfachen mechanischen Mischung verschiedener Mittel, z. B. dem Salol, dem Resorcin mit Schwefel, der Salicylsäure mit Kreosot etc.

Nach diesem kurzen Überblick über die Chemie des neuen Mittels gehe ich gleich in medias res über und veröffentliche im folgenden die Krankengeschichten derjenigen Fälle, in welchen ich das Medikament auf meiner Station sowohl, wie in der Privatpraxis angewandt habe. Ich gehe dabei in chronologischer Ordnung vor und teile die negativen Erfolge sowie die positiven zugleich mit. Eine übersichtliche Darstellung der Indikationen des Präparats für gewisse Klassen von Krankheiten, sowie seiner Kontraindikationen in einigen Fällen behalte ich mir vor, am Schlusse dieser Arbeit zu geben.

I. Frau V., 35 Jahre alt, wird am 22. November auf die Station aufgenommen.

Diagnose: Ulcus varicosum et Ekzema parasitarium crurum.

Beide Unterschenkel, besonders der rechte, waren stark varikös; an dem Malleolus externus des rechten Unterschenkels befindet sich ein Fünfmarkstück-grofses Geschwür mit schlaffen, schmutzig belegten Granulationen und lividen Rändern. An der inneren Seite über dem Malleolus internus, sowie an verschiedenen Stellen des linken Unterschenkels bestehen einige bis zu Handtellergröfse angewachsene Herde eines parasitären Ekzems, wie wir sie so häufig bei vernachlässigter Hautpflege anzutreffen gewohnt sind, welche meist ein und denselben Typus aufzuweisen pflegen und demnach auch hier sich, wie überall in ähnlichen Fällen, dokumentierten als mehr weniger kreisrunde oder durch Konfluieren mehrerer Kreise mit guirlandenförmigen, nach aufsen konvexen Rändern versehene Plaques der äufseren Decke, die der Epidermis meistens beraubt, entweder eine nässende oder durch Eintrocknen des abgesonderten Sekrets mit gelbweifsen Krusten und Borken bedeckte Oberfläche darbieten, ohne unter diesen Bedeckungen eine tiefere Zerstörung des Hautorgans erkennen zu lassen; erst bei längerem Bestehen gehen diese oberflächlichen Dermatosen der varikösen Unterschenkel durch Thrombosenbildung und Zerfall in chronische Ulcerationen, die so gefürchteten Unterschenkelgeschwüre, über. Anfang und Ende der kurzgeschilderten Affektion bot unsre Patientin bei ihrer Aufnahme dar.

Die Therapie bestand in folgendem:

Bei horizontaler Lagerung der kranken Unterschenkel wurde dreimal am Tage nach jedesmal vorhergehender Seifenwaschung ein fester Salbenverband mit:

℞ *Aristol* 10,0
Vaselini 90,0
M. D. S. Salbe

appliziert, und zwar in der Weise, daſs die Salbe, welche aus dem mit Olivenöl gelösten Präparat sorgfältig bereitet war, auf die kranken Stellen aufgelegt und durch Guttapercha-Papier fixiert wurde.

Schon nach 3—4 Tagen waren die ekzematischen Herde geschwunden; das Nässen und die Borkenbildung stellten sich bald ein, und die Epidermis regenerierte sich auf der ganzen Strecke. Das eigentliche Geschwür hatte natürlich etwas mehr Zeit zur vollständigen Heilung nötig; aber auch hier sah man die günstige Einwirkung des Mittels schon gleich in den ersten Tagen, indem die schmutzigen, schlaffen Granulationen frisch und gesund wurden, und die Ränder des Geschwürs sich erhöhten und mit einem weiſsen, schnell vorwärtsschreitenden Epidermissaume begrenzt erschienen.

Am 29. November, also nach Verlauf von 7 Tagen, konnte ich die Patientin als geheilt zur Entlassung fähig designieren.

Der Erfolg der Behandlung mit Aristol in einem andren Falle ist so ermutigend und schön, daſs das neue Mittel hier gerade spezifisch zu wirken scheint. Es handelt sich um einen Lupus exulcerans faciei.

II. Frau N. litt an Lupus des Gesichts schon seit vielen Jahren. In letzter Zeit hatte sich das Übel dermaſsen verschlimmert und solche Dimensionen angenommen, daſs der mir den Fall übergebende Kollege zunächst die Frage an mich stellte, ob ich es überhaupt noch für möglich und ratsam hielte, eine ernstliche Kur zu unternehmen, oder ob wir nicht lieber exspektativ und lindernd behandeln und im übrigen die Kranke ihrem Schicksal überlassen sollten.

Ich entschied mich jedoch fürs erste, wenn auch vorläufig mit wenig Aussicht auf Besserung oder gar Heilung. Heute, nach ca. vierwöchentlicher Kur ist aber die anfängliche Sorge und Kleinmütigkeit einem berechtigten Selbstvertrauen gewichen, indem der Fall nahezu als relativ geheilt bezeichnet werden kann.

Um den Erfolg der Kur zu charakterisieren, will ich zunächst mit wenigen Worten den Status bei der Aufnahme mitteilen. Die Nase war im Verlauf der Jahre bis auf einen Rest des knöchernen Gerüstes in toto weggefressen, das linke untere Augenlid ist stark ektropioniert, beide Wangen und die Oberlippe, sowie ein Teil der Unterlippe sind mit schmutzigen Krusten bedeckt, welche durch Eintrocknung des massenhaft sezernierten Eiters sich immer wieder von neuem bilden. Nach Abnehmen der Krusten kommt allenthalben ein schmutziger Geschwürsgrund zum Vorschein; die Randpartien der die Ulceration umgebenden Epidermis sind

mit zahlreichen einzelnen Lupusknötchen durchsetzt. Die Schleimhäute des Mundes, der Nasenhöhle und der Conjunctiva zeigen ebenfalls Lupusherde. Patientin kann die Augen nicht schliefsen und den Mund nicht öffnen. Sie ist subjektiv sehr heruntergekommen und in gewissem Sinne apathisch in ihr Schicksal ergeben.

Da sie aus ärmlichen Verhältnissen herauskommt, wurde sie sofort roborierend mit Wein etc. behandelt und lokal auf den Lupus für einige Tage, um erst die Borken abzuweichen und den Geschwürsgrund zu reinigen, Karbolöl und Resorcinsalbe aufgelegt.

Nachdem sich hierunter in einigen wenigen Tagen eine Reinigung der Wunden hatte bewerkstelligen lassen, wurde vom 22. November ab eine Salbe von 10% Aristol dreimal täglich nach vorheriger Waschung frisch aufgelegt und mit Guttapercha-Maske fixiert.

Der günstige Erfolg des Präparats auf das Leiden zeigte sich schon nach einigen Tagen. Die Granulationen wurden stets gesunder und üppiger, und vom Rande aus begann bald schon eine gesunde Vernarbung. Dabei wirkt das Mittel ohne jedweden lokalen oder allgemeinen Reiz. Es verursacht kein Brennen, sondern ist absolut schmerzlos und reizlos für das Nachbargewebe; noch weniger übt dasselbe einen Einflufs auf das allgemeine Befinden aus. Patientin ist wohl und munter; der geringe Thymolgeruch ist für die Kranke und deren Umgebung eher angenehm als lästig. Jodoform hätte bei dieser Ausdehnnng und Zeitdauer in der Anwendung erstens einmal den ganzen Krankensaal mit unerträglichem Geruch erfüllt, sodann aber auch sicherlich Intoxikationserscheinungen, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit ev. Delirien etc. hervorgerufen. Von alledem ist bei dem neuen Mittel keine Spur vorhanden. Dafs dasselbe auch bei der Anwendung auf einer relativ so grofsen Wundfläche nicht durch Resorption von Jod schädlich wirkt, haben wir durch verschiedentliche Untersuchungen des Urins auf Jod nachgewiesen und festgestellt. Die Proben fielen jedesmal negativ aus. Sie wurden meistens angestellt nach der Castainschen Jodprobe, welche einfach und leicht auszuführen ist und sehr sichere Resultate liefert. Sie besteht darin, dafs man 0,5 g Harn mit 2,0 g Ätzkali versetzt, um das Jod ans Kali zu binden, dann zur Trockne verdunsten läfst und verascht. Den Rückstand löst man in Wasser und prüft auf Jod, indem man der mit verdünnter Schwefelsäure angesäuerten Lösung einige Tropfen einer konzentrierten salpetrigsauren Kalilösung zusetzt und das Ganze mit 1—2 g Chloroform schüttelt, welches das etwa vorhandene Jod mit purpurner Färbung aufnimmt; oder indem man zusieht, ob Amylumlösung gebläut wird.

Diese Probe ist sehr genau, und dennoch gelang mittels derselben während des nunmehr vierwöchentlichen Gebrauchs des Mittels auf grofser offener Wundfläche nicht der Nachweis von Jod im Urin, ein sicheres

Zeichen dafür, dafs das Aristol nicht resorbiert wird und deshalb auch dem Organismus nicht schädlich werden kann.

Nach 14tägigem Gebrauch der Salbe war die ganze Wundfläche fast schon zur Hälfte vernarbt und zwar mit einer soliden festen, und doch zarten geschmeidigen Narbenhaut. Heute nach ca. 4wöchentlicher Applikation der Aristolsalbe (10%) ist die ganze früher ulcerierende und exulcerierte Lupusfläche bis auf einige wenige kleine granulierende Herde frisch vernarbt. Dabei hat Patientin keinen einzigen Moment Schmerz oder Unbehagen gehabt. Sie kann den Mund wieder öffnen, und das Ektropium ist durch die geschmeidige Narbenformation auch gebessert worden, so dafs aufser dem objektiven, nicht erwarteten, bedeutenden Erfolg ein grofses subjektives Wohlbefinden eingetreten ist, welches der armen bedauernswerten Kranken wieder erlaubt, sich ihrer Tage zu erfreuen. Durch diesen sozusagen klassischen und typischen Erfolg, diese durchschlagende Wirkung des Aristols bei einem alten exulcerierten Lupus, durch den ganzen Verlauf der Heilung wird uns klargestellt, dafs das Präparat in doppelter Hinsicht gerade bei Lupus wirkt, besonders wenn man andere Präparate und deren Wirkungen bei dieser Krankheit damit in Parallele stellt.

Während diese alle, z. B. die Pyrogallussäure, das Sublimat, die Salicylsäure-Kreosot, Arsenik etc. nur einseitig wirken, indem sie die Ursache der Krankheit, den Tuberkelbacillus vernichten, nicht aber zugleich die Heilung der Haut begünstigen, sondern im Gegenteil durch Ätzung möglichst viel von derselben zu zerstören geeignet sind, scheint dem Aristol nicht nur die Eigenschaft eines spezifischen Giftes gegen den Bacillus tuberculosus des Lupus eigen zu sein, sondern es regt zu gleicher Zeit auch zu üppiger Granulationsbildung und Heilung an.

Von allen bisher gegen Lupus angewandten Mitteln besitzt kein einziges diese beiden Vorzüge zugleich.

Diese prägnant parasiticide Wirkung des Aristols auf den Bacillus des Lupus fordert uns energisch zu Versuchen des Mittels, vielleicht in subkutaner Anwendung desselben in Form einer öligen Lösung bei allgemeiner Tuberkulose und der ihr jedenfalls verwandten Syphilis auf.

Ein Fall anderer Natur wurde nicht günstig durch das Aristol beeinflufst.

III. Patient G. aus S. wurde am 22. November auf die Station aufgenommen.

Diagnose: Ulcera mollia glandis et praeputii.

Rechts neben dem Orificium urethrae und im Sulcus coronarius beiderseits neben dem Frenulum bestanden 3—4 linsengrofse typische Ulcera

mollia schon seit ca. 14 Tagen; die Vorhaut war etwas phimotisch verengt, die Leistendrüsen in geringem Maſse geschwollen.

Die Ulcera hatten entschieden einen progessiven Charakter, welcher während der ambulanten Behandlung deutlich hervortrat.

Nach der Aufnahme ins Krankenhaus wurde dem zur Bettlage verurteilten Patienten dreimal im Tage nach erfolgter Waschung und Reinigung reines Aristolpulver auf die Ulcera aufgestreut. Es trat zwar nach einigen Tagen ein Stillstand in den Ulcerationen ein, jedoch zeigten dieselben durchaus keine Neigung zur Rückbildung und Vernarbung; sie blieben eben groſs und mit schmutzig gelbem Beleg bedeckt. Ich lieſs deshalb nach 4tägigem nutzlosen Gebrauch das Mittel in anderer Form, und zwar in ätherischer Lösung (1 : 10) auftragen. Aber auch diese Modifikation lieſs wenig Erfolg erkennen. Nach acht Tagen der Anwendung befanden wir uns noch auf dem Status quo ante; wenn auch die Geschwüre nicht zugenommen hatten, so brach ich dennoch den Versuch ab und verordnete Jodoform als Streupulver, welches denn auch in ca. acht Tagen eine vollständige Heilung der verschiedenen weichen Schanker herbeiführte.

Wir sehen an diesem Falle, daſs es auch Gelegenheiten gibt, in denen das Jodoform souverän bleibt und nicht durch das Aristol verdrängt werden wird.

In dem nun folgenden Falle sehen wir das Aristol wiederum bei einer anderen Krankheitsgruppe seine Wirksamkeit entfalten, nämlich bei der Psoriasis vulgaris.

Ich verstehe unter Psoriasis jene hartnäckigste und am meisten zu Recidiven neigende Dermatose, die sich wohl und genau charakterisiert gegenüber gewissen psoriatiformen parasitären Ekzemen, mit denen sie eine auffallende äuſsere Ähnlichkeit besitzt, von welchen schon unser erster Fall ein Repräsentant war, der durch Aristol einer schnellen Heilung entgegengeführt wurde. Durchschnittlich setzt die wahre Psoriasis allen therapeutischen Maſsregeln einen weit gröſseren Widerstand entgegen, als jene psoriatiformen Ekzeme.

Nun haben wir zwar schon eine ganze Reihe erprobter und leistungsfähiger äuſserer Mittel gegen Psoriasis. Ich nenne nur den Teer in seinen verschiedenen Formen und Anwendungsweisen, das Chrysarobin, die Pyrogallussäure, das Hydroxylamin u. s. w. Sehen wir ab von dem Teer, der ohnedem sehr langsam wirkt und ja doch auch kein einheitliches Medikament vorstellt, so sind die Pyrogallussäure und das Hydroxylamin von direkt toxischer Wirkung auf den Organismus und werden sich deshalb in der Therapie der Psoriasis stets nur auf kleine Territorien beschränken lassen müssen. Das Chrysarobin ist bekanntermaſsen das Mittel, welches ohne direkte Intoxikationsgefahr prompte und brillante

Erfolge gegen die Psoriasis erzielen läſst. Aber es hat der unangenehmen Nebenwirkungen so viele, — ich erwähne nur die dauernde Verfärbung der Leib- und Bettwäsche, die oft allgemeine und schmerzhafte Dermatitis, die fast regelmäſsig bei seinem Gebrauch sich einstellende Conjunctivitis, die auf Wochen nach der Kur zurückbleibende, kupferfarbene, indianermäſsige Verfärbung der Haut und der Nägel u. s. w., — daſs wir jedes Mittel mit Freuden begrüſsen müssen, welches, wenn auch etwas langsamer als das Chrysarobin, so doch in gleicher Weise ungiftig und vor allem ohne die oben erwähnten lästigen Beigaben desselben gegen die Psoriasis wirkt.

Und ein solches Mittel ist nach unseren Erfahrungen das Aristol.

IV. Patient G. wurde am 2. Dezember auf meine dermatologische Station aufgenommen. Der Körper war auf seiner ganzen Oberfläche mit charakteristischen Psoriasisplaques bedeckt: weiſssilberglänzende Epidermisschuppenanhäufungen auf hochroter Basis, welche letztere stets die sogenannte Kratzprobe zulieſs. Diese Probe auf Psoriasis besteht bekanntlich darin, daſs man mit dem Fingernagel über die von der Schuppenmasse befreite Unterlage der Dermatose wegkratzt. Tritt ein siebförmiges leichtes Bluten aus einzelnen punktförmigen Stellen ein, so hat man es sicher mit Psoriasis zu thun, bei welcher der hypertrophierte Papillarkörper durch das Kratzen verletzt wurde; die psoriatiformen Exantheme besitzen diese Hypertrophie des Corpus papillare nicht, und es erfolgt daher auch nicht die charakteristische Blutung.

Unser Fall ergab also ein positives Resultat auf diese Probe.

Diagnose: Psoriasis vulgaris, auſserdem Tremor alcoholicus, Schrumpfniere.

Die Therapie richtete ich so ein, daſs der ganze übrige Körper mit Chrysarobin behandelt wurde, und zwar in der üblichen Weise, daſs aber der rechte Ober- und Unterschenkel mit einer 5 %igen Aristolsalbe morgens und abends belegt und mit Gummipapier verbunden wurde. Am 5. Dezember trat das seit Anfang befürchtete Delirium tremens ein; im Urin war keine Spur von Jod weder durch die Castainsche, noch durch andere Proben nachzuweisen. Die Kur muſste aber wegen des Deliriums auf 4 Tage unterbrochen werden und konnte erst am 10. Dezember wieder in der obigen Weise beginnen. Vom 13. Dezember ab verordnete ich 10 % Salbe.

Während der Kur nun stellte sich heraus, daſs das Chrysarobin zwar etwas schneller wirkt als das Aristol, daſs letzteres aber durchaus keine unangenehmen und lästigen Nebenwirkungen weder auf den Patienten selbst, noch auf die Wäsche desselben durch Verfärbung u. s. w. ausübt.

Merkwürdigerweise vollzieht sich die Einwirkung des Aristols auf die einzelnen Psoriasisherde fast in gleicher Weise, wie die des Chry-

sarobins. Letzteres läfst, während es die gesunde Epidermis rotbraun färbt, die psoriatischen Plaques, von der Peripherie derselben anfangend, allmählich mit dem Fortschreiten der Abheilung ganz weifs und unverfärbt erscheinen. Auch beim Gebrauch des Aristols werden die kranken Stellen von der Peripherie aus weifs und schwinden allmählich nach dem Centrum hin, welches der Heilung am spätesten zugänglich wird.

Nach nunmehr 10tägigem Gebrauch sind die mit Chrysarobin behandelten Stellen ganz geschwunden, die mit dem neuen Mittel in Angriff genommenen auch fast ganz ad integrum wiederhergestellt; die kleinen und mittleren Herde sind vollständig restituiert, nur die gröfseren zeigen in der Mitte noch eine kleine Infiltration. Für die schnellere Heilung durch das Chrysarobin aber hat der Patient nun auch seine legitime Conjunctivitis und Hautverfärbung, die uns nötigt, ihn noch unbestimmte Zeit auf der Station zu behalten, so dafs wir überzeugt sind, dafs eine Behandlung mit Aristol allein ihn früher zur Entlassung reif gemacht hätte.

Auf die Krankheit selbst also wirkt das neue Präparat etwas langsamer ein als das Chrysarobin; trotzdem dürften wir aber in allen Fällen angenehmer und in der Mehrzahl auch schneller mit ersterem zum Ziele gelangen, als mit letzterem, wenn man die konstanten und möglichen Schattenseiten des Chrysarobins mit in Frage und Berechnung stellt.

Ein fünfter Fall liefs von vornherein günstige Resultate durch Anwendung des Aristols erhoffen, wenn man die Natur der Krankheit und die chemische Zusammensetzung des Mittels einander gegenüberstellte.

V. Die 12jährige L. J. wurde am 9. Dezember in die dermatologische Kinderstation aufgenommen. Am Hinterkopf befanden sich 3—4 fünfpfennig- bis markstückgrofse, mit leichten Schuppen und Borken bedeckte, ziemlich kreisrunde Stellen, an denen die Haare teilweise geschwunden, teilweise abgebrochen waren; die epilierten Haare zeigten aufgequollene Wurzelscheiden und Trichophytonansammlungen. Die Nackendrüsen waren etwas schmerzhaft und geschwollen.

Diagnose: Mykosis trichophytina capillitii.

Therapeutisch wurde angeordnet: morgens und abends eine Seifenwaschung des geschorenen Kopfes und nachher Auflegen einer 5%igen Aristolsalbe, die durch eine wasser- und luftdichte Gummikappe niedergehalten wurde.

Nach 10tägiger Durchführung dieser Therapie war die Affektion geschwunden, indem die kranke Haut glatt verheilt war und die epilierten Haare keine kranken Adnexe mehr zeigten.

VI. Ein sechster Fall mit gleicher Diagnose, der Knabe v. Sch., wurde auf dieselbe Weise behandelt und ergab auch dieselben günstigen Resultate.

VII. Arbeiter X. wurde am 10. Dezember auf die Krätzestation gebracht. Nachdem er von seiner Scabies in den obligaten 2 Tagen befreit war, konnte ich ihn noch nicht entlassen, weil er an den Füſsen und Unterschenkeln verschiedene bis zu 50pfennigstückgroſse Ulcera hatte, die während der Krätzkur mit einem Sublimatverbande bedeckt waren, aber absolut keine Fortschritte oder Neigung zum Granulieren und Verheilen zeigten. Ich lieſs daher vom 12. Dezember ab die Geschwüre mit einer 5 % Aristolsalbe verbinden und diesen Verband zweimal im Tage erneuern.

Die Geschwüre, vorher schlaff und schmutzig, reinigten sich bald und setzten frische Granulationen aus, so daſs in 5 Tagen eine definitive Heilung erfolgt war, und der Kranke am 17. Dezember entlassen werden konnte.

VIII. Der achte Fall konnte nicht zum Abschluſs gebracht werden, da Patientin, ein an Herpes tonsurans leidendes Kind, am dritten Tage nach der Aufnahme an einer interkurrenten Krankheit, Eklampsie, starb.

IX. Der neunte Fall betrifft ein an seborrhoischem Ekzem leidendes Fräulein K. Da der Name „seborrhoisches Ekzem" noch nicht allenthalben geläufig sein wird, so wollen wir hier kurz bemerken, daſs unter dieser Bezeichnung eine gewisse oder auch mehrere verschiedene Formen von parasitären Affektionen verstanden werden.

Der in Rede stehende Fall war lokalisiert um den ganzen Hals und an der rechten Hand und Unterarm.

Nach 6tägiger Applikation einer 3% Aristolsalbe war Heilung eingetreten, welche wir durch eine 8 Tage fortgesetzte andre Kurmethode vorher vergebens erstrebt hatten.

X. Ein zehnter Fall ist wieder etwas tieferer Natur und von mehr wichtiger Ursache und Veranlassung herrührend als die letzteren leichten Fälle. Es handelt sich um eine schwere ulceröse Form hereditärer Syphilis.

Der 10 Jahre alte Knabe G. K. wurde vor einigen Wochen auf die syphilidologische Kinderstation aufgenommen. Auf der rechten Wange, dem rechten Unterarm und dem rechten Handrücken befand sich je ein tiefes Geschwür von nierenförmiger Gestalt mit schlaffen Granulationen und schlechten Wundrändern; die Gröſse der Ulcerationen betrug 3—7 Centimeter in der Länge und 1—3 Centimeter in der Breite. Die Diagnose Lues congenita konnte mit Sicherheit unter Ausschlieſsung von Lupus, Tuberkulose der Haut und Skrophuloderma gestellt werden.

Die Therapie bestand anfangs in dreimal täglich appliziertem Sublimatverband und innerlicher Verabreichung von Solut. Kal. jodati in zweckentsprechender Dosis. Nur langsam schritt unter dieser Behandlung die Besserung vorwärts, die Wunden reinigten sich zwar, aber sie zeigten

wenig Tendenz zur Rückbildung und Vernarbung. Da entschloſs ich mich unter Beibehaltung derselben internen Behandlung die Sublimatverbände durch 10 % Aristolverbände zu ersetzen; der erste Verband mit dem neuen Mittel wurde am 12. Dezember angelegt. Schon nach einigen Tagen konnte man deutlich konstatieren, daſs die Granulationsbildung eine lebhaftere wurde, und zwar dokumentierte sich die Besserung auch, wie wir vorhin bei der Psoriasis sahen, zuerst an den peripheren Randpartien; der Epidermissaum wurde weiſs, darauf folgte eine ca. 1 Millimeter breite Zone einer schön roten Granulationspartie, während im Centrum noch vorläufig die Granulationen schlecht und belegt erschienen. Doch schritt die anfangs nur randständige Besserung in den folgenden Tagen schnell nach dem Mittelpunkt zu weiter fort, die Granulationen, in ca. 6 Tagen vollkommen gesund und normal aussehend, erhoben sich bis zum Niveau der gesunden Epidermis, und nunmehr eilte die Überhäutung schnellen Schritts ihrer Vollendung entgegen, so daſs das kleinere serpiginöse Geschwür des Handrückens schon nach 8 Tagen verheilt war, während die übrigen gröſseren Ulcerationen eine zu ihrer Ausdehnung in normalem Verhältnis stehende längere Zeit zur Vernarbung brauchten, die aber im Vergleich zu der vorherigen wochenlangen Sublimatbehandlung in einem grellen Gegensatz stand.

Hiermit schlieſse ich vorläufig die Serie der zum Abschluſs gebrachten Versuchsfälle über die Wirksamkeit des Aristols bei verschiedenen Dermatosen.

Es steht noch eine Reihe andrer Fälle in Behandlung mit Aristol, über die ich ev. später berichten werde.

Dieselben repräsentieren sich als: ein Ulcus cruris varicosum, eine Sykosis parasitaria, ein Lupus naris maculosus, vier Fälle von Favus capillitii und eine in der Demarkation befindliche Erfrierungsgangrän der Haut der linken groſsen Zehe. Auch alle diese letzteren acht Fälle bezeugen eine günstige Wirkung des Medikaments, sind aber, wie gesagt, noch nicht abgeschlossen.

Ziehen wir nunmehr einen Schluſs aus den obigen Fällen, so kommen wir zu folgendem Resultat:

1. Das Aristol ist in allen Fällen ein unschädliches Medikament; es besitzt keine toxischen Eigenschaften und verbindet mit seiner Unschädlichkeit nur angenehme andre Vorzüge, z. B. Geruchlosigkeit.

2. Nur in einem Falle hat es uns in bezug auf die erwartete Wirksamkeit im Stich gelassen und steht gegen die Wirkung des Jodoforms zurück; das ist bei Ulcus molle.

3. Bei dem Psoriasisfalle wirkte es zwar etwas langsamer als die bekannten souveränen Mittel: Chrysarobin, Pyrogallussäure etc.; dafür hat

es aber den Vorzug, dafs es nicht wie diese toxische Gefahren mit sich bringt, oder mit äufserst unangenehmen und gar schädlichen Nebenwirkungen verbunden ist, so dafs es ihnen vorzuziehen sein wird.

4. Bei einer andern Gruppe von Erkrankungen der Haut, den Mykosen, wirkt das Aristol ebenso günstig wie andere bekannte Mittel ev. schneller, jedenfalls reizloser als viele andre.

5. Bei Ulcus cruris und tertiär syphilitischen Ulcerationen ist ein schnellerer Erfolg mit ihm zu erzielen, als mit irgend einem bisher bekannten Medikament; und

6. bei Lupus übertrifft es alle anderen, auch die besten Mittel, sowohl in bezug auf die Ungefährlichkeit als auch die Energie der Wirkung.

Machen wir nun aus unseren praktischen dermatotherapeutischen Erfolgen mit dem Aristol einen theoretischen Rückschlufs auf seine eventuelle Wirksamkeit in anderen Gebieten der Medizin, so können wir auch dort dem Medikament eine grofse Zukunft vorhersagen. Ich will nur die Möglichkeit günstiger Erfolge bei chirugischen Gelenk- und Knochenerkrankungen, sowie bei vielen gynäkologischen Leiden hervorheben.

Auch wäre es nicht undenkbar, dafs bei allgemeiner oder lokaler Tuberkulose und bei konstitutioneller Syphilis von dem hypodermatischen Gebrauch des Mittels Günstiges zu erwarten steht.

Ich kann daher die Kollegen nur zu weiteren Versuchen mit dem Mittel in den angedeuteten Disziplinen und Fällen auffordern.

Zum Schlufse sei mir gestattet, zu bemerken, dafs ich aufser mit dem Aristol auch mit einigen anderen Verbindungen des Jods und organischer Körper, z. B. dem Phenol und der Salicylsäure, die mir ebenfalls von der Firma Farbenfabriken vorm. FRIEDR. BAYER & Co. in Elberfeld bereitwilligst zur Verfügung gestellt wurden, Versuche angestellt habe, die zum grofsen Teil höchst befriedigende Resultate ergeben, welche ich eventuell später mitteilen werde.

Versammlungen.

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

(Nach *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1889.)

18. Sitzung.

FOURNIER stellt einen Kranken mit erworbener Syphilis vor, der den Eindruck macht, als leide er an Lues hereditaria. Thatsächlich 17 Jahre, sieht er etwa 12jährig aus. Er wurde in frühester Jugend angesteckt und blieb nach kurzer Behandlung bis zum 5. Jahre gesund. Dann chronische Ophthalmia, die für skrofulös gehalten wurde; 2 Jahre später Knochenentzündung beider Tibiae. Mit 11½ Jahren

Kopfschmerzen und Brechen; von da an Stillstand im Wachstum; völlige linksseitige Hemiplegie. Behandlung mit Jodkali, Besserung. 1887, da noch allerlei Symptome, Strabimus, Facialisparalyse u. s. w. fortbestanden, spezifische Behandlung, darnach Heilung.

E. Besnier stellt einen 62jährigen Mann vor mit ausgiebigster Pediculosis vestimentorum, der seit Monaten an allem not leidet und dessen Haut, namentlich an den bedeckten Teilen, eine tiefbraune Färbung aufweist. Auch Gaumensegel, Wangenschleimhaut und Vorhaut sind verfärbt, und die Nägel der drei ersten Finger jeder Hand zeigen schwarze Streifen. Patient weifs über seinen Zustand gar nichts zu berichten, meint, dafs sein Vater schon braun gewesen sei. Er befindet sich sonst ganz wohl, mag essen und trinken, bietet weiter nichts Abnormes. Besnier schliefst alle bekannten Ursachen der **Melanodermia** — wie Morbus Addisonii, Diabetes, Temperatureinwirkungen, Not (Vagabond's Disease) — für diesen Fall aus und läfst die Frage nach der Natur dieser Krankheit, von der er schon einen Fall beobachtet hat, in der Schwebe.

Vidal stellt einen Mann mit **Alopecia am ganzen Körper** vor. Die Behandlung der kahlen Stellen des Kopfes und im Gesicht mit dem flüssigen Vesikans von Bidet hat nach 6monatlicher Dauer nicht nur den Ausfall weiterer Haare verhindert, sondern auch einen kräftigen Nachwuchs bewirkt. Hallopeau: Trotz der Symmetrie der Erscheinungen könne man doch nicht behaupten, dafs es sich hier um eine trophoneurotische, nicht parasitäre Störung handle. Das Fehlen von Sporen wolle nichts besagen. — Vidal: Sporen finden sich vielleicht in der Kopfhaut, selbst dort will Robinson sie gefunden haben. Die Haare habe er in trophoneurotischen Fällen nicht anders gefunden, als in parasitären. — Hallopeau: Die Alopecia übertrage sich seines Erachtens durch unmittelbare Berührung; im Hôpital Saint-Louis seien 7 Ärzte von den Kranken angesteckt worden. Der Parasit hause sicherlich in der Tiefe.

E. Besnier stellt einen jungen Menschen vor, der seit seiner Impfung vor 17 Jahren auf einer Impfnarbe einen **Lupus tuberculosus** hat, der vermutlich mit **überimpft** wurde („Lupus vaccinal"). Erblich ist der junge Mensch nicht belastet. — Vidal: Die Sache sei doch sehr fraglich; ihm sei es noch nie geglückt, einem Lupösen Lupus auch auf gesunde Teile zu verimpfen. — Besnier: Er habe auch gar nicht gesagt, dafs dieser Lupus von einem anderen Lupus abstamme, sondern nur, dafs derselbe bei dem Patienten entstanden sei durch den Impfenden, durch die Lymphe oder durch irgend ein von aufsen in die Pustel bis zu ihrer Vernarbung hineingelangendes Agens. — Vidal bleibt bei seiner Behauptung von der Unübertragbarkeit des Lupus von Mensch zu Mensch. — E. Besnier: Wenn sich ein Lupus auf einem Amputationsstumpf etc. entwickelt, so ist das doch ein Lupus, obgleich er von einem solchen nicht abstamme. — Vidal: Da handle es sich aber um bereits tuberkulöse Individuen.

Vidal. Mann mit **Keloid-Akne** oberhalb des Zungenbeins. (Diese Keloid-Bildung war nach 2monatlicher Behandlung mit Skarifikationen fast verschwunden.)

Vidal. Kind mit **trophischen Störungen** an Händen und Füfsen. Daselbst befinden sich rote, nicht schuppende Flächen, die wohl an Psoriasis erinnern. Auf diesen roten Flecken zerstreut bemerkt man weifse, stecknadelkopfgrofse, nicht hervorragende Punkte, die mikroskopisch aus einer derben Hülle und einer weichen Talgmasse mit einigen verhornten Epithelien bestehen. Eine besondere Veränderung

haben auch die Nägel erfahren, die stark verdickt und verkürzt, mit Rissen besetzt und gekrümmt an die Krallen von Papageien erinnern. Diese Störungen sind trophoneurotischen, und da sie gleich nach der Geburt einsetzten, kongenitalen Ursprungs, zeigen aufserdem fortschreitenden Charakter. — E. Besnier sieht darin eine besondere Form der Ichthyose.

Bruchet. Der Vorgestellte, ein 65jähriger Mann, wird seit 3 Jahren im Hôpital Saint-Louis beobachtet. Seine Aufnahme erfolgte wegen eines kleinen Hautknotens am rechten Peroneus über dem Malleolus, der zu einem halbkreisförmigen Wulst auswuchs; die von diesem Bogen umfafste Haut war geschrumpft, braun, narbig; der Wulst dehnte sich nämlich immer weiter nach aufsen aus, während er an seinem inneren Rande vernarbte. Die Diagnose wurde damals per exclusionem auf **Mykosis fungoides** gestellt und erwies sich im weiteren Verlaufe als richtig. Der Wulst resorbierte sich damals nach längerem Bestande, und der Patient wurde entlassen nur noch mit einem kleinen Knoten am Schenkel behaftet. Dieser aber, anstatt ebenfalls zu verschwinden, entwickelte sich im Laufe eines Jahres wiederum zu einem bogenförmigen Wulst. Der nämliche Verlauf, wenn auch langsamer als im Vorjahr und mit Hinterlassung eines echten fungoiden Tumors, der seinerseits wieder völlig resorbiert wurde. Im Oktober 1888 starke Urethritis und entzündliche Schwellung beider Testikeln, die monatelang bestand. (Gonorrhöe fast sicher ausgeschlossen.) Im Februar 1889 ein kleiner verschiebbarer Tumor unterhalb der Haut auf der Vorderfläche des rechten Oberschenkels; derselbe wuchs sehr schnell nach der Epidermis zu und begann zu ulcerieren. Jetzt ist dieser Tumor auf seiner ganzen Oberfläche ulceriert, mit roten, schwammigen Granulationen bedeckt, also eine echte Mykosis fungoides. Aufserdem noch 4 neue Tumoren auf der linken Vorderfläche des Thorax. Sämtliche Neubildungen sind durchaus schmerzlos; Patient sonst ganz gesund. — Quinquaud: Auch er habe in einem Falle Testikelschwellung beobachtet und fand bei der Sektion, dafs dieselbe wirklich mykotischer Natur war.

Besprechungen.

J. Neumann (Wien). **Die Prophylaxis der Syphilis. Ein Beitrag zur Lösung der Prostitutions-Frage.** Wien 1889. (*Klin. Zeit- und Streitfragen.* III. Bd. 5. Heft.)

Mit jener staunenswerten Fachkenntnis und Belesenheit, die ihn auszeichnet, hat der Nachfolger Siegmunds, der auf diesem Gebiete auch zu den Vorkämpfern gehörte, eine Fülle einschlägigen Materials und eigene Erfahrungen auf diesem Gebiete auf nur 19 Seiten zusammengestellt.

Dafs die Lues nicht eine Folge der Ausschweifung sei, belegt N. zuvörderst mit Darwins Beobachtungen über die Unmäfsigkeit und Zügellosigkeit der Wilden, und Lennons Citat (*Primitive mariage.* 1865. S. 176), dafs bei diesen keine Syphilis vorgekommen sei. Ebenso wo die entsetzlichsten Ausschreitungen notorisch vorgekommen sind (Neros Zeit, Cäsarenzeit, besonders wichtig die Eroberung Konstantinopels im 15. Jahrhundert), fehlen alle Angaben über Lues, die sonst sicherlich ausführlich vorliegen würden.

Hutten widmete sein Buch *De Guajaci medicina et morbo gallico* dem Erzbischof Albert von Mainz, an dessen Hofe diese Ratschläge vielleicht gute Dienste leisten könnten. Albrecht Dürers Angst vor der Infektion in seinem Briefe aus

Venedig ist auch charakteristisch. N. citiert HERDERS feinsinnige Bemerkung (*Zum Denkmale U. v. Huttens.* Band XV): „dafs man damals sehr unschuldig dazu kommen konnte und die Krankheit, an der Fürsten und Herren damals mit Ehren laborierten, den Schandfleck noch nicht hatte, den ihr die spätere Zeit mit Recht (!) gegeben.“

Die zwangsweise Untersuchung der Prostituierten ist nach N. eine Pflicht des Staates. Ferner betont N., dafs es Aufgabe der ärztlichen Untersuchung sei, richtig und bei Zeiten eine ansteckende Affektion zu diagnostizieren, und betont daher ferner die Notwendigkeit gründlicher Kenntnisse hierüber für alle Ärzte (Prüfungsgegenstand oder sechsmonatlicher spezieller Spitalsdienst), die Notwendigkeit der Festigkeit und Lauterkeit des ärztlichen Charakters, der entsprechenden materiellen Gegenleistung des Staates (nicht wie in Wien, wo die Prostituierten zweimal wöchentlich dem Untersuchungsarzt selbst das Honorar aushändigen).

Aus seinem reichen Material weist uns N. an der Hand statistischer Daten aus den letzten zehn Jahren nach, dafs Papeln bei Weibern fast dreimal häufiger als bei Männern vorkommen. Prostituierte im kondylomatösen Stadium sollten daher mindestens für zwei Jahre unter strenge polizeiliche Aufsicht nach Thunlichkeit gestellt werden. [Man müfste sie irgendwo auf dem Lande beschäftigen und möglichst in Arbeitskolonien, fern von Männern, halten. Das ginge wohl an. Grofse Städte sollten den Anfang machen. Ref.].

Für diskutabel wird SPERKS Vorschlag erklärt, dafs öffentliche Häuser errichtet würden, wo ausschliefslich syphilitische oder syphilitisch gewesene Männer mit den entsprechenden Frauenspersonen verkehren.

Die Syphilis in den Armeen streift Verf. auch an der Hand von ZEMANEKS vorzüglichem Werke (Wien 1887, cfr. mein Referat im Jahrgang 1888 dieser Monatshefte).

MIREURS Ansicht (*La prostitution et la syphilis*) teilt N. nicht, dafs die Angehörigen des Arbeiter- und Gewerbestandes mit derartig „vexatorischen Mafsregeln“ nicht geschädigt werden sollten.

Der Syphilis der Glasbläser und BESNIERS trefflicher Arbeit gedenkt hier N. — Nach kurzem Verweilen bei der „individuellen Prophylaxe“ — eine sichere Gewähr gegen die Infektion gäbe es eben nicht — berührt er die rituelle Cirkumcision, wo er antiseptische Kautelen zum Vermeiden des leider von den Orthodoxen noch geübten Aussaugens der Wunde empfiehlt.

Neben der — obligatorischen — Vorbildung in diesem Fache für alle Ärzte spricht sich N. für die Notwendigkeit der Errichtung von Spitälern zur Aufnahme der Syphilitischen in einer den hygieinischen Anforderungen entsprechenden Form aus (in London waren — horribile dictu — 1867 nicht mehr als 150 Betten für syphilitische Weiber und 100 für syphilitische Männer). Auch dürfe den Patienten durch die Aufnahme ins Spital kein moralischer Schaden erwachsen. Der Name Syphilis [übrigens wirklich eines Schäfers Name für Schafe berechnet. Ref.] sollte fallen gelassen werden. In Ambulatorien sollten Arzneien unentgeltlich gegeben werden (durch den Staat oder wohlthätige Stiftungen Privater), Prostituierte sollten getrennt von andern infizierten Frauen untergebracht werden [wie z. B. in Dresden längst schon, was rühmend gegen andere ungeeignete Institutionen, wie z. B. Berlin, hervorgehoben werden mufs. Ref.].

Pauly-Nervi.

Verschiedenes.

Hautkrankheiten typischer Art infolge der Beschäftigung zeigen nicht selten die Arbeiter in Petroleum-Raffinerien. Erytheme, Ekzeme, Blasen- und Geschwürsbildungen charakterisieren sie, je nach der Art des Verfahrens und Qualität des Petroleums.

Die Arbeiter in Paraffinfabriken zeigen hingegen neben Magen- und Darmerscheinungen furunkulöse Ausschläge der Haut, die bei andrer Beschäftigung oder alkalischen Umschlägen schwinden.

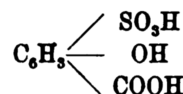
Zementarbeiter haben oft Dermatitis (Blasen, Geschwüre, ja Abstofsung von Hautstücken betroffen). Besonders betroffen ist die Aufsenseite der Hand und des Vorderarms, die palma manus ist verschont. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1889.)

Pauly-Nervi.

Die Lassarsche Haarkur in der Privatpraxis, von Dr. Grätzer in Sprottau. (*Therap. Monatsh.* No. 10.) Die Lassarsche antiparasitäre Methode hat Verfasser in 2 Fällen von Alopecie mit solchem Erfolge angewandt, dafs in beiden Fällen gleich in den ersten Behandlungstagen ein Umschwung in der Weise eintrat, dafs der Haarausfall sofort nachliefs und allmähliche Restitution sich zeigte.

L. Hoffmann-Berlin.

Als **neue, sehr wirksame Eiweifsprobe** empfiehlt G. Roch (*Pharm. Centralh.* 1889. pag. 549) Salicylsulfonsäure, oder auch Sulfosalicylsäure genannt. Sie ist ein Produkt der Einwirkung von Schwefelsäure auf Salicylsäure:



$$C_6H_3 \begin{cases} SO_3H \\ OH \\ COOH \end{cases}$$

0,5 mg Hühnereiweifs in 10 ccm Wasser gelöst weist sie nach.

Thut man wenige Kristalle der nicht löslichen Säure in einige ccm klaren Harn, schüttelt um, so weist man noch 0,5 mg in 10 ccm Eiweifs nach.

Alle andern Stoffe, die ev. im Harn vorkommen, wie Pepton, Traubenzucker etc., bleiben in Lösung.

Pauly-Nervi.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Carl Weigert. Die Virchowsche Entzündungstheorie und die Eiterungslehre. S.-A. aus *Fortschritte der Medizin.* 1889. No. 16.

Kroell. Zur Therapie des Erysipels, speziell dessen mechan. Behandlung. S.-A. aus *Therapeut. Monatshefte.* 1889. August.

Vidal. *La lèpre.* 1884.

— *Traitement des affections blennorrhagiques.* 1877.

— *Traitement du phagédénisme du chancre simple.* 1883.

— *Du Lichen.* 1886.

— *Inoculabilité de quelques affections cutanées.* 1877.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. №. 3. 1. Februar 1890.

Über den Lichen ruber und sein Verhältnis zum Lichen planus.

Von

H. von Hebra.

Eine Reihe von Publikationen der letzten Jahre und die Verhandlungen auf dem Pariser Kongresse lassen in aller Deutlichkeit ersehen, welchen Angriffen der einst so festgefügte Begriff „Lichen ruber“ ausgesetzt ist, indem einerseits mit ihm ein anderes Leiden verquickt wird, das sich von ihm wesentlich unterscheidet, anderseits der Lichen planus als ein Übel geschildert wird, das mit dem Lichen ruber nichts gemein habe. Ich halte es daher für opportun, auf diese Frage wieder einmal näher einzugehen und sie einer rigorosen Kritik zu unterziehen.

Als Substrat meiner Besprechung wählte ich mir eine Arbeit von R. W. Taylor[1], sowohl wegen der hervorragenden Stellung dieses Autors unter den amerikanischen Dermatologen, als auch weil ich in seiner Schrift Anschauungen niedergelegt finde, welche die beiden erwähnten Abweichungen von der Lehre des Lichen ruber involvieren, die mit meinen Erfahrungen im Widerspruch stehen, und die ich daher bekämpfen will.

Taylors Anschauung gipfelt in dem Satze: „dafs Lichen ruber eine bestimmte krankhafte Wesenheit sei, ohne den Schatten einer Verwandtschaft mit Lichen planus.“

Ich werde trachten, den sehr verehrten Kollegen von der Richtigkeit des Gegenteiles seiner Ansicht zu überzeugen, und den Beweis liefern, dafs:

1. die Fälle, die er als Zeugen führt, gar keine Fälle von Lichen ruber (acuminatus) waren, und

2. dafs Lichen ruber und Lichen planus Formen einer und derselben Krankheit sind; an demselben Individuum in der einen oder anderen Reihenfolge aufeinander folgen können, ja zugleich zu bestehen vermögen.

Ad 1.

Den diagnostischen Irrtum, dem Taylor bei dem Abhalten seines Vortrages am 19. September 1888 in der amerikanischen dermatologischen

[1] Lichen ruber as observed in America and its distinction from Lichen planus. *The New-York med. Journal.* Januar 5. 1889.

Association verfallen war, den haben viele unserer Fachgenossen begangen, ja begehen ihn noch. Um wie viel eher mufste man damals diesem Fehler unterliegen, da zu jener Zeit BESNIERS klassische Arbeit noch nicht erschienen war, CAESAR BOECK seine Beobachtungen noch nicht veröffentlicht hatte, und UNNAS kurze Bemerkungen in seinen „Pariser Briefen" erst ausgegeben waren. RICHAUDS These (*Étude sur le pityriasis pilaris.* Paris 1884) hat leider nicht die genügende Verbreitung gefunden.

Bei TAYLORS Fall handelt es sich nämlich um eine Verwechselung mit Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE.

Analysiert man seine in extenso mitgeteilte Krankheitsgeschichte, so mufs man das Leiden der dort erwähnten 37jährigen Schweizerin geradezu für den Typus einer ausgebreiteten Pityriasis rubra pilaris erkennen.

In den Jahren 1884 und 1886 wurde sie bereits von ihrem Übel befallen, und beidemale schwand es ohne eingreifende Behandlung, und ohne Schädigung zu hinterlassen, im Verlaufe mehrerer Monate. Im März 1888 trat die Hautaffektion neuerdings auf, „ohne irgend Jucken oder Unbehagen zu erzeugen und ohne begleitende Allgemeinerscheinungen." Und etwas später bemerkt Verfasser: „Während im Beginn keine Abnormität in der Sensibilität der Haut gefühlt wurde, trat später, da die Papeln zusammengeflossen waren und grofse Flecke bedeckt hatten, ein sehr milder Pruritus auf." Hält man dieses Citat zusammen mit einem anderen, dem 2. Falle des Autors zukommenden, welches besagt, dafs, „obwohl fast der ganze Körper befallen war, der Kranke sich nicht unwohl fühlte, und dafs die Ernährung in keiner irgend sichtbaren Weise litt", so hat man darin bereits eines der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale zwischen Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris gegeben. Wer je einen Fall ersterer Art zu sehen Gelegenheit gehabt, wird sich an die Klagen des Patienten erinnern müssen, die von Brennen, von peinigendem Jucken handeln, das die Nachtruhe stört, das die Existenz unerträglich macht, zu ununterbrochenem Kratzen Anlafs gibt, so dafs sich sogar blutrünstige Stellen vorfinden lassen. Im Gegensatze hierzu findet man bei TAYLOR den Ausspruch: „Es waren nirgends Zeichen von Kratzern oder Exkoriationen."

Der Mangel an Beteiligung des Gesamtorganismus zeichnet die Pityriasis rubra pilaris vorteilhaft vor dem Lichen ruber acuminatus aus. Letzterer bringt selbst kräftige Leute in kurzer Zeit herunter, sie verlieren rasch an Körpergewicht; Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit sind daran vorwiegend schuld; es kommen Ödeme besonders an den unteren Extremitäten vor — mit einem Wort, der ganze Mensch leidet als solcher unter schweren Erscheinungen. Im Widerspruche damit sagt unser Autor: „Weder geistig noch leiblich litt unsere Patientin, und

das einzige Zeichen von Einfluſs der Krankheit auf die Allgemeinernährung bestand in einem geringen Verlust von subkutanem Fett."

Betrachtet man die Beschreibung der aufgetretenen Efflorescenzen selbst, so finden sich ebenso klar und deutlich die Unterschiede heraus, wie aus den Allgemeinsymptomen. Vor allem fehlt der entzündliche Charakter der aufgetauchten Knötchen. TAYLOR sagt selbst: „Es ist keines der klassischen Anzeichen von Entzündung zu sehen, denn die Affektion verläuft augenscheinlich à froid." Und dann: „Die umgebende Hyperämie fehlt gänzlich, obwohl dieses Symptom in geringem Grade im Gesicht, am Halse und den Handflächen beobachtet werden kann, dann aber von Reibung herrührt." Ja er bemerkt noch, daſs: „wenn nur wenige Papeln vorhanden wären, sie für kleine Schmutzhügel angesehen werden könnten, die sehr oberflächlich an den Haar- und Talgfollikeln sitzen."

Für den zweiten höheren Grad der Krankheit, wenn die Knötchen miteinander konfluent geworden sind und der Prozeſs schon längere Zeit bestanden hat, gibt Verfasser an: „In diesem Stadium besteht gewiſs Infiltration der Haut, aber sie ist augenscheinlich oberflächlich und hat ihren Sitz nicht in der Cutis oder dem Zellgewebe."

Beim Lichen ruber kann man gerade das Gegenteil von dem konstatieren, was TAYLOR beschreibt. Stets haben wir sofort ein ziemlich derbes, rotes Knötchen vor uns, das zweifellos in der Cutis sitzt, eine anfangs ganz glatte Oberfläche hat, und alle Anzeichen einer entzündlichen Neubildung aufweist. Es ist im Beginne glänzend, und erst nach längerem Bestande entwickeln sich Schüppchen und Schuppen auf demselben, die das ursprünglich klare Bild in etwas trüben, weil die anfänglich sehr deutlich getrennt stehenden Papeln durch die miteinander konfluierenden Schuppenschildchen bedeckt werden. Dagegen kann man bei TAYLOR lesen: „Vom Beginn der Entwickelung an sind sehr kleine, mehr oder minder fest anhaftende Schuppen an den Papeln zu sehen, und von ihnen aus wird eine die ganze Krankheitsdauer hindurch währende milde Desquamation unterhalten."

TAYLOR liefert selbst die Beweismittel in unsere Hände, daſs seine Fälle solche darstellen, bei denen es vor allem sich um eine Hyperplasie der Epidermis handelt, er schildert förmlich die zuerst an den Follikelmündungen auftretende Hyperkeratose, diese punktförmig beginnende Ichthyosis, indem er sagt, daſs die Efflorescenzen ihr Entstehen „dem Wachstume der Hornzellen an ihrer Oberfläche verdanken."

Solche Erscheinungen sind für den Lichen ruber nie gemeldet

worden, sind aber für die Pityriasis rubra pilaris von DEVERGIE geradezu charakteristisch. Könnte aber die Beschreibung auch nur einen einzigen zweifelhaften Punkt offen lassen, der Blick auf den mikroskopischen Durchschnitt eines Haares in seinem Balge (Fig. 11) würde sofort alle Zweifel bannen, da dort gerade jene Veränderungen wiedergegeben werden, auf welche BESNIER seine Differentialdiagnose stützt, und auf die uns auch BOECK besonders aufmerksam macht. Im Grunde genommen ist ja eben DEVERGIES Krankheit ein bis ins Übermaſs gesteigerter sogenannter Lichen pilaris, mit allen möglichen konsekutiven Reizerscheinungen.

Dementsprechend ist auch der Beginn der Krankheit, die TAYLOR beschreibt, und ihr späterer Hauptsitz den Lieblingsstellen, oder besser jenen Stellen entsprechend, die der Lichen pilaris einzunehmen vermag, i. e. die Streckseite der Extremitäten, dort, wo stärkere Lanugohaare stehen.

Lassen wir TAYLOR selbst sprechen: „Es finden sich (flächenhaft ausgedehnte) Flecke an der Streckseite der Arme bei den Ellbogen, zerstreute und isolierte Knötchen an der Auſsenseite der Vorderarme, die an der Ulnarseite der Handwurzeln an Zahl zunehmen bis an die Spitzen der kleinen Finger heran, an den Knöcheln Flecke bildend und sich über die Fingerrücken erstreckend.“

Die Figuren 3 und 4 illustrieren in vortrefflicher Weise das Gesagte und erscheinen genau so, als wären sie einfach BESNIERS Beschreibung nachgebildet.

Beim wahren Lichen ruber hat diese Regelmäſsigkeit der Anordnung der Knötchen keinesfalls Platz; wenn aber eine der beiden Flächen prädiligiert wird, so ist es gewöhnlich die Beugefläche, an der man in manchen Fällen die Efflorescenzen in viel gröſserer Anzahl vorfindet, als an der Streckseite, und wo sie auch früher aufzutreten pflegen.

In TAYLORS Fall waren Handflächen und Fuſssohlen von einer dicken, derben Epidermisschwarte bedeckt, gerade so wie bei den Fällen von Pityriasis rubra pilaris der anderen Beschreiber, und auch dies spricht für meine Anschauung. Zur Differentialdiagnostik läſst sich aber diese Erscheinung nicht so sicher verwerten, wie die schon vorgebrachten Argumente, weil es Fälle von ganz zweifellosem, typischem Lichen ruber acuminatus gibt, denen gleichfalls dieses Symptom zukommt, wenn auch zugegeben werden muſs, daſs es bei der Pityriasis pilaris stets, beim Lichen nur häufig angetroffen wird. Der von mir weiter unten zu erwähnende Fall hatte unter dieser Verdickung der Epidermis der palmarum manuum und plantarum pedum zu leiden.

Ähnlich so verhält es sich auch mit der Verdickung der Nägel, speziell des subungualen Epidermislagers.

Ein ferneres entscheidendes Unterscheidungsmerkmal der beiden

Affektionen liegt in der resultierenden Pigmentierung. Taylor erwähnt bei seinen Fällen eine „geringe Pigmentation", „von mildem Charakter"; und führt die Differenzierung noch weiter folgendermaſsen aus: „Ganz und radikal unterscheidet sie sich von der bei Lichen planus .... da sie nicht rostbraun oder braunrot ist ..... Bei der Lichen planus-Pigmentation ist augenscheinlich in der Tiefe beträchtlicher Durchtritt roter Blutkörperchen; beim Lichen ruber ist er sehr unbedeutend und oberflächlich." Sowohl die Beobachtung einschlägiger Fälle, als auch die Beschreibungen aller Autoren, die genügende Erfahrungen über Lichen ruber gesammelt haben, stehen im Widerspruche mit diesen Behauptungen Taylors. Richtig ist vielmehr, daſs die Tiefe der Pigmentierung beim Lichen ruber derjenigen beim Lichen planus gewöhnlich nicht nachsteht, dabei aber eine gewisse Variabilität bei den einzelnen erkrankten Individuen, und auch an den einzelnen Hautstellen besitzt. Es läſst sich aber eine beträchtliche Verdunkelung bei jedem Falle von Lichen ruber nachweisen. Je nachdem, ob die Knötchen durch die Menge, in der sie aufgetreten sind, konfluent wurden, oder ob sie noch isoliert geblieben, tritt auch eine gleichmäſsige, oder fleckige Pigmentierung auf, und mir ist noch nie ein Fall untergekommen, bei dem diese Farbenveränderung gefehlt hätte; ja sie ist so typisch und so charakteristisch, daſs sie sogar noch dann die Diagnose des Lichen ruber ermöglicht, wenn derselbe schon lange vorher zur Heilung gebracht ist. Dagegen fehlt diese Pigmentierung manchmal nach Schwinden des Lichen planus. Ich habe schon mehrmals gesehen (und habe eben jetzt ein solches Individuum in Behandlung), daſs kreuzergroſse Lichen planus-Papeln vollkommen weiſse, pigmentlose Stellen zurücklassen, die ein atrophisches Aussehen haben. Um den Thatsachen zu entsprechen, hätte von Taylor an letzter Stelle statt Lichen ruber Pityriasis rubra pilaris gesetzt werden müssen.

Als endlich letzten Punkt muſs ich die Gefährlichkeit des Lichen ruber acuminatus im Gegensatze zu der Gefahrlosigkeit der Pityriasis rubra pilaris hervorheben. Man muſs nicht vergessen, daſs das erste Dutzend Fälle von Lichen ruber weiland meinem Vater gestorben sind, was ja im Einklang steht mit der schon oben besprochenen Mitbeteiligung des ganzen Organismus. Daſs diese Fälle nicht Lichen planus gewesen sein können, ist wohl zweifellos, denn der kann ja auch Jahre bestehen, ohne Gesundheit und Leben zu gefährden, es wäre denn, daſs sich ein Ausbruch von Lichen ruber acuminatus hinzugesellte; es muſs also auſser dem Lichen planus und auſser der Krankheit, die Taylor als Lichen ruber beschreibt, die aber keiner ist, sondern die Devergie schon vor Decennien mit dem Namen Pityriasis rubra pilaris belegt hat, noch ein drittes, schweres, lebensgefährliches Übel

geben — und das ist eben der Lichen ruber acuminatus (neuroticus, constitutionalis).

Taylor berichtet, daſs „*die früheren Anfälle seines Falles angeblich spontan geschwunden seien.*“ Das ist noch von keinem Fall von Lichen ruber acuminatus berichtet worden, und jeder Dermatologe weiſs, welchen Aufwand von Zeit und Mühe eine Heilung dieser schweren Krankheit erfordert.

Taylor meint, daſs: „*in Deutschland die Krankheit häufig so lange anhält, bis eine trockene, feilenartig-rauhe, infiltrierte Haut zu stande kommt, indem die oberflächliche Krankheit dann eine wirkliche Infiltration der ganzen Dicke der Haut verursachte*“, und „*daſs sie hier* (in Amerika) *noch nicht in solch inveterierter und tödlicher Form gesehen, wie Hebra sie einst zuerst beschrieb.*“

Es scheint wirklich der Fall zu sein, daſs wenigstens unser Autor noch nicht in die Lage versetzt worden ist, den Lichen ruber acuminatus zu studieren, sonst hätte er bei seiner feinen Beobachtungsgabe nicht erst meiner Auseinandersetzungen bedurft, um selbst jene Differentialpunkte herauszufinden, die so zu sagen auf der Hand liegen.

Ich folge dem Beispiele Taylors, wenn ich noch in systematischer Reihenfolge die Symptome der beiden Krankheiten einander tabellarisch gegenüberstelle:

Pityriasis rubra pilaris.	Lichen ruber acuminatus.
1. Die Efflorescenzen entwickeln sich vom Epidermislager aus.	1. Die Efflorescenzen entwickeln sich von der Cutis aus.
2. Sie sind gleich vom Beginn an an der Oberfläche schuppig, ja die ganz jungen bestehen aus weiter nichts, als aus einem Epidermishügelchen, das mühelos abgekratzt werden kann.	2. Sie sind im Beginn an der Oberfläche glatt und glänzend, und erst mit zunehmendem Alter entwickelt sich an der Oberfläche ein bei spontanem Verlauf möglicherweise sogar konfluierendes Schuppenlager.
3. Die Efflorescenzen halten sich stets an die Follikularmündungen, besonders die Haarfollikel.	3. Die Efflorescenzen sind bei ihrem Auftreten nicht an die Follikelmündungen gebunden.
4. Dementsprechend ist auch die Streckseite der Extremitäten, besonders deren reicher behaarte Stellen, in höherem Maſse befallen. (Ellbogen, Ulnarseite der Hand).	4. Eher findet man die Beugeseite der Extremitäten, als die Streckseite, früher und intensiver ergriffen.
5. Auf mikroskopischen Schnitten findet man Verdickung der Epidermis verschiedenen Grades, sowohl nach der Oberfläche hin, als auch in die Tiefe mit stellenweiser Verlängerung der interpapillaren Fortsätze	5. Mikroskopisch fällt vor allem eine starke Ansammlung von Rundzellen in der Papillarschicht des Coriums auf. Dieselbe ist bei den Papeln des Lichen ruber acuminatus ausgesprochener vorhanden, als bei

des rete mucosum. Besonders fallen aber „die cirkumpilären harten Kegel auf, wie die gewaltig entwickelten Wurzelscheiden zu mächtigen, festen, harten und soliden Hornkegeln, mit der Spitze nach unten gegen die Haarwurzel und der Basis nach oben gewendet“ (Boeck).	denen des Lichen ruber planus. Haare und Talgdrüsen zeigten keinerlei Abweichungen. (Bender, *Deutsche med. Wochenschr.* 1887. No. 39.)
6. Die Farbe der Efflorescenzen ist daher im Beginn von der normalen Färbung der Haut kaum verschieden, später wird sie durch konsekutiv auftretende Hyperämie eine rosenrote, bräunlich rote.	6. Die Farbe der Efflorescenzen ist gleich vom Beginn an eine lebhaft rote, wird später dunkler, und kann sich in ein tiefes rostfarbenes Braunrot verwandeln.
7. Während an den Streckseiten der Extremitäten die ursprünglich zustande gekommene Rauhheit anhält, entwickelt sich am Stamm eine atlasartige Glätte mit feinen Schüppchen (Boeck).	7. An allen Stellen wird eine ziemlich gleichmäſsige Verdickung und Rauhheit der Haut wahrgenommen, welche beide sich mit zunehmendem Alter der Krankheit steigern.
8. Die begleitenden Erscheinungen sind entweder gleich null oder äuſserst unbedeutend; kein oder höchst geringes Jucken, kein Brennen, keine Unruhe.	8. Die begleitenden Erscheinungen sind stets beträchtlich, und können sehr hohe Grade erreichen; heftiges, unerträgliches Jucken, Brennen, groſse allgemeine Unruhe, Zucken an den Extremitäten.
9. Keinerlei Mitbeteiligung des Organismus an der lokalen Läsion auch bei langem Bestande.	9. Gleichzeitige schwere Allgemeinerscheinungen: Fieber, Ödeme, vorwiegend der unteren Extremitäten, Albuminurie, Schlaflosigkeit, allgemeine Prostration und Verlust an Körpergewicht.
10. Bei spontanem Ablaufen Ausgang in Heilung, oder auch jahrelange Perstanz des Übels ohne Gefährdung des Trägers.	10. Bei spontanem Verlaufe ist oft Ausgang mit Tod beobachtet worden, stets aber beträchtlicher Marasmus.
11. Heilung durch rein äuſserliche Mittel gegen die Epidermisakumulation möglich, manchmal schwierig (Boeck).	11. Heilung durch auf den ganzen Organismus wirkende Mittel — Arsen, (Hebra) — Sublimat-Karbolsalben-Schmierkur (Unna).
12. Nach vollzogener Heilung keine oder nur äuſserst geringe Pigmentierung.	12. Nach Heilung tiefe, braune, manchmal schwarzbraune Pigmentierung, die auch monatelang anhalten kann.
13. Niemals Affektion an den Schleimhäuten.	13. Gleichzeitige Affektion an den Schleimhäuten, besonders der Mundhöhle und der Vagina.

Punkt 1 ist somit erledigt; ich habe bewiesen, daſs Taylors Fall von Lichen ruber kein Lichen ruber ist, sondern Devergies Pityriasis rubra pilaris, als welche ihn auch schon Besnier anerkannt, auf pag. 56 seiner

Monographie beschrieben hat. Von diesem Standpunkte aus besehen, hat TAYLOR freilich recht; sein Lichen ruber hat allerdings nicht den Schatten von Verwandtschaft mit Lichen planus.

Ad 2.

Um darzuthun, daſs Lichen ruber und Lichen planus nur 2 Morphen derselben Krankheit sind, werde ich 2 Krankheitsfälle anführen, bei denen beide Morphen aufgetreten sind. Bei dem einen schritt der Lichen ruber acuminatus voraus, bei dem zweiten erfolgte nach jahrelangem Bestande des lokalisierten Lichen planus ein universeller Ausbruch von Lichen ruber, den die Reste des ersteren noch überdauerten.

Doch bevor ich an die Beschreibung dieser Fälle gehe, muſs ich einige Worte über die Nomenklatur voraussenden, um mich nicht gewissen Miſsverständnissen auszusetzen, Miſsverständnisse, die ja auch CASPARY veranlaſsten, von einer Trübung der Existenzberechtigung des Lichen ruber in der gewöhnlich gelehrten Form zu sprechen. Wenn ich bisher von L. r. acuminatus im Gegensatze zu planus handelte, so geschah das, um nun schon einmal gangbare Termini zu verwenden, deren Bedeutung den Dermatologen geläufig sind. Es ginge vielleicht, um den rascheren Verlauf der einen, und den so auſserordentlich trägen Marsch der andern Form zu bezeichnen, einen akuten oder subakuten von einem chronischen Lichen zu trennen — oder einen universellen von einem lokalisierten Lichen ruber zu unterscheiden; aber diese Bezeichnungen involvieren dann nicht alle Symptome, und vor allem lassen sie ein Symptom unberücksichtigt, und das ist das der Gefahr. Der Lichen ruber acuminatus, in der Art, wie KAPOSI ihn ursprünglich bezeichnet hat, ist der gefährliche Lichen, er ist jener, der mit schweren Allgemeinerscheinungen einhergeht, der zum Tode führen kann. Der Lichen ruber, den KAPOSI heute mit der Bezeichnung acuminatus mihi belegt, ist aber nicht mehr jener von damals, seit auch die Pityriasis rubra pilaris darin aufgenommen wurde. Es gibt noch eine andere Art von sich rasch verbreitendem, universell werdendem Lichen ruber, der aber kein acuminatus ist, keine unmittelbare Gefahr involviert, sondern einen universellen Lichen ruber miliaris darstellt, wie ihn UNNA nennt, und der weist unzählige, flache oder stumpfe, stecknadelkopf und darüber groſse Knötchen auf, deren einzelne wenige sich auch peripherisch zu vergröſsern vermögen, einen perlschnurartigen Knötchenkranz bilden, welcher eine etwas deprimierte, tiefpigmentierte centrale Partie einschlieſst — eine immerhin seltene Erscheinung, wenn wir die Menge jener Efflorescenzen berücksichtigen, die dieser Wandlung nicht unterliegen. Für die Form sind auch noch die Bezeichnungen planus universalis und obtusus gewählt worden; ich ziehe den Namen miliaris vor, weil die Knötchen de facto Hirsekörnern

nicht unähnlich sehen, sowohl was die Gröfse als auch die gelblichrote Farbe anbelangt. Die eminent chronische Form endlich liefert der Lichen planus von WILSON. Er vermag Jahre und Jahre zu bestehen, ohne an Ausdehnung beträchtlich zuzunehmen; okkupiert selten gröfsere Strecken, als die einer Handfläche, und bedeckt sich nach und nach mit einem warzigen, hornigen, fest anhaftenden Epidermislager. Während die beiden ersterwähnten Lichenarten auf Allgemeinbehandlung mit Arsenik prompt schwinden, ist dieser beim Lichen planus bei weitem nicht so wirksam und mufs stets durch lokale Mittel (Chrysarobin, Pyrogallol, UNNAsche Salbe und dergl.) oder manuelle Eingriffe (Abschaben, Paquelinisierung) unterstützt werden.

Wir hätten also als Hauptformen:

1. Lichen ruber acuminatus (neuroticus, constitutionalis)
2. „ „ miliaris (planus universalis, obtusus)
3. „ „ planus localis (verrucosus, cornutus etc.).

Die beiden ersten Formen begreifen in sich den alten Lichen ruber HEBRA, der dritte ist WILSONS Lichen planus.

Diese möglichst kurz gehaltene Skizze stimmt zwar nicht mehr in allen Einzelheiten mit der letzten, 1874 erfolgten Publikation meines Vaters über Lichen ruber, aber doch im wesentlichen. Die Erfahrungen der letzten 15 Jahre haben es eben notwendig werden lassen, seiner Beschreibung einige Zusätze zu geben, die den Inhalt des seither Gesehenen ausmachen. Vortreffliches haben in dieser Beziehung BOECK und UNNA uns geboten, gleichzeitig ohne den Weg zu verlassen, den der Begründer der Lehre vom Lichen ruber gewiesen. Eigentlich müfste man sich nur wundern, wenn diese 15 Jahre, ohne neue Einzelheiten zu finden, fruchtlos vorübergegangen wären, besonders bei einem Leiden, das früher noch vollkommen unbekannt war, und das relativ selten ist, so dafs mehr als ein Menschenalter nötig wird, um sich den verschiedenen Beobachtern in allen seinen Einzelheiten und Raritäten zu präsentieren.

Eine dieser seitherigen Errungenschaften in der Kenntnis des Lichen bildet die über allen Zweifel erhabene Thatsache der Zusammengehörigkeit des Lichen ruber mit dem Lichen planus, zu deren Erhärtung ich die Krankheitsgeschichte zweier beweisender Fälle vorbringe.

Der erste betraf den damals 40 Jahre alten Ingenieur E. O.

Um Neujahr 1880 bemerkte er an seinen unteren Extremitäten einen Ausschlag auftreten, der sich, täglich an Ausdehnung zunehmend, bald über Teile des Stammes und der Arme erstreckte. Gleich beim Beginn dieses Exanthems wurde der Patient durch Jucken auf die Eruption aufmerksam gemacht, wegen der er mich am 8. Januar konsultierte. Ich fand damals schon einen grofsen Teil der Hautoberfläche mit ziemlich gleich grofsen, auf 2—3 millimetriger Basis aufsitzenden roten Knötchen

bedeckt, die konisch verliefen und noch keine Schüppchen an ihrer Kuppe trugen. Unter sofort eingeleiteter Arsentherapie vermehrte sich das Exanthem zusehends, und nach ungefähr 4 Wochen war der ganze Körper davon bedeckt. Zugleich mit der Zunahme der äuſserlich sichtbaren Erscheinungen erfolgte auch eine solche von Seite der subjektiven Empfindungen, so daſs es dem Kranken unmöglich wurde, seiner Beschäftigung am Zeichentisch obzuliegen. Noch jetzt nach 10 Jahren lebt die Erinnerung an die ausgestandenen Qualen bei ihm fort; das Jucken, Brennen und die allgemeine Unruhe waren so unerträglich, noch dazu durch absolute Schlaflosigkeit erhöht, daſs Patient, wie er mir später gestand, sich einmal nachts einen andern Arzt holen lieſs, und ihn um Verschreibung einer guten Dosis Morphium bat, in der Absicht sich zu vergiften. Trotz Chloralhydrat, trotz Anwendung antipruriginöser Mittel, wie Karbolöl, Karbolsalben und dergleichen, trotz protrahierter Schwefelbäder, dauerte dieser peinigende Zustand mehre Wochen fort. Im Verlaufe des Monats Februar stellte sich Albuminurie und hochgradiges Ödem der unteren Extremitäten, das bis in die Höhe des Nabels reichte, ein, und vermehrte die Leiden des Armen. Auf Infusum fol. Digitalis erfolgte reichlichere Harnentleerung und damit auch Abnahme des Ödems. Zu dieser Zeit bestand schon eine recht beträchtliche epidermidale Auflagerung auf den Knötchen, und ein dicker epidermidaler festanhaftender Überzug der Handflächen und Fuſssohlen. Nach Schwinden des Ödems löste sich die Schuppenmenge am Körper reichlich ab, so daſs das Bett des Kranken davon stets erfüllt war; an den Händen und Füſsen aber stieſsen sich die Oberhautschwielen so ziemlich in toto ab, und konnten wie Handschuhe, respektive Socken von ihrer Unterlage fast ohne Lücken abgezogen werden.

Unter kontinuierlichem Arsengebrauche besserte sich das Leiden, und am 5. Juli wurde der Patient aus meiner Behandlung gesund entlassen. Während dieses Halbjahres hat er 1100 asiatische Pillen zu sich genommen, was einer Menge von ungefähr 8 g Arsenik entspricht. Zugleich mit dem Schwinden der objektiv wahrnehmbaren Erscheinungen lieſsen auch die subjektiven unangenehmen Empfindungen nach, das Jucken und die Unruhe legten sich, so daſs der sehr heruntergekommene Kranke sich bald wieder erholte. Nur eine tiefbraunschwarze Pigmentierung erinnerte ihn noch monatelang an die überstandenen Leiden.

Wie kurz ich auch die Krankheitsgeschichte des Herrn E. O. skizzierte, es wird wohl niemand Zweifel hegen, daſs ich hier einen Lichen ruber acuminatus vor mir hatte. Kaum 2 Jahre nach diesem Ausbruch besuchte mich der Patient neuerdings, und wies mir an seinen beiden Unterschenkeln eine Anzahl von linsen- bis kreuzergroſsen Lichen planus-Papeln auf, die schon damals eine dicke, warzige Epidermidaldecke

trugen, und durch ziemlich beträchtliches Jucken lästig wurden, um dessen Linderung er mich ersuchte. Da dieses Symptom auf Teerapplikation, auf alkoholische Karbollösung, Ichthyol etc. wich, vernachlässigte der Kranke sein Leiden, so daſs es zu weit mächtigeren Dimensionen anwuchs. Vor etwa einem halben Jahre trat er wieder in meine Behandlung, und da fand ich denn einen groſse Strecken der Unterschenkel okkupierenden Lichen planus vor, der über den Kanten beider Schienbeine als aneinander gereihte warzige Protuberanzen aufgetreten war, während an anderen Stellen teils thalergroſse Scheiben, teils ungefähr ebenso groſse Ringe mit centimeterbreitem, eleviertem Rand zur Entwickelung gekommen waren. Ich leitete nun eine systematische Chrysarobinsalbenbehandlung ein, welche nach 4 Wochen an manchen Stellen Heilung, an anderen wesentliche Besserung erzielte. Am 30. September vorigen Jahres sah ich den Patienten zum letzten Male; er hat noch immer einige Efflorescenzen, die auf den ersten Blick sich als Lichen planus cornutus erkennen lassen, ihn aber nun nicht genieren, so daſs er sie vernachlässigt.

Hier haben wir also einen Fall, bei dem 2 Jahre nach einem klassischen Lichen acuminatus ein ebenso prägnant ausgebildeter Lichen planus zutage getreten ist. Halte ich dieses Vorkommen zusammen mit jenem der Fälle III und VII von Boeck[2], in denen dieselben Erscheinungen in umgekehrter Reihenfolge zutage getreten sind, so hieſse es wohl, den Thatsachen Gewalt anthun, wollte man das für bloſs zufällige Koincidenz zweier verschiedener Übel halten. Ich glaube im Gegenteil, daſs mein Fall einen Beweis mehr abgibt für die Zusammengehörigkeit von Lichen ruber acuminatus und planus.

Der zweite Fall, den ich hier anführen will, betrifft einen langjährigen Freund von mir, Herrn Fabriksbesitzer C. S. Merkwürdig bei ihm ist, daſs er das Auftreten seines Lichen planus von einer Verletzung am linken Schienbein, dicht unter dem Knie herleiten zu sollen glaubt, umsomehr, als er 2 mal dasselbe Phänomen beobachtete, indem eine weiter unten am Schienbein aufgetretene Gruppe von Efflorescenzen gleichfalls nach einer Verletzung sich entwickelte. Das Erscheinen der ersten Serie datiert in das Jahr 1866 zurück. Bei einem Sturz zog er sich an besagter Stelle eine Riſswunde zu, welche wegen unregelmäſsiger Behandlung und Vernachlässigung erst nach Monaten heilte, aber nicht mit glatter Narbe, sondern mit vielen warzenartigen Unebenheiten. Um diese zu beseitigen, ätzte sie Patient mit Essigsäure, doch heilte der Substanzverlust wieder uneben zu, was den Kranken nicht geniert hätte, wenn er nicht durch heftiges Jucken geplagt worden wäre. Einige Jahre später verletzte er sich am rechten Schienbein, und auch hier stellte sich, nach-

[2] Einige Beobachtungen über Lichen ruber. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1886. No. 10.

dem die Wunde geheilt war, die gleiche Erscheinung ein, es bildete sich ein Lichen planus verrucosus. So hatte nun Herr S. endlich an der linken Tibia eine 5—6 Centimeter lange Reihe von Planuspapeln, und am rechten eine 2—3 Centimeter lange, welche beide in der Breite zwischen 1 und 2 Centimeter variierten, mit festanhaftenden epidermidalen Wucherungen bedeckt waren, und lebhaft juckten. Mit diesen Exkrescenzen kannte ich den Patienten lange Jahre, ohne daſs er etwas Energisches dagegen zu thun, hätte veranlaſst werden können, da er die dadurch vielleicht nötig werdende Unterbrechung seiner anstrengenden geschäftlichen Thätigkeit fürchtete. Palliativmittel linderten das Jucken, und das war ihm die Hauptsache.

Endlich im Frühjahre 1886 trat der von mir schon seit langem erwartete und auch versprochene allgemeine Ausbruch von Lichen ruber auf, der sich in der Form eines Lichen ruber miliaris einstellte, und rasch über den gröſsten Teil der allgemeinen Decke verbreitete. Er war nicht nur von hochgradigem Jucken, sondern auch von sehr beträchtlicher allgemeiner Nervosität begleitet; allgemeine Unruhe, nervöse Gereiztheit, Schlaflosigkeit, rasches Ermüden und Unfähigkeit, wie früher der Leitung seiner Fabrik sich zu widmen, waren die hervorstechendsten Symptome, so daſs sich Patient gleichzeitig einer hydriatischen Kur in dem seinem Etablissement nahegelegenen Kaltenleutgeben bei Professor Winternitz unterzog. Nach einer 4monatlichen Arsenikkur war er wieder von seinem Lichen universalis und seinen nervösen Störungen befreit. Die warzigen Planusprotuberanzen ätzte ich mit 10% Pyrogallussalbe weg, worauf eine flache, etwas atrophische pigmentlose Narbe an deren Stelle trat.

Im Herbst 1888 zeigten sich wieder einige kleine Lichen ruber-Knötchen an der Beugefläche der Vorderarme, und eine Lichen planus-Papel über dem rechten Condylus externus. Diesmal wirkte der Arsenik nicht so prompt, da er 6 Monate lang genommen werden muſste, um seine Wirkung zu äuſsern. Zugleich behandelte ich den Lichen planus auch wieder mit Pyrogallol, in Form von Guttaperchapflastermull, und da konnte ich konstatieren, daſs, nachdem die alte warzige Erhabenheit zerfallen und wieder verheilt war, sich an ihrem Saume, soweit das Pflaster die gesunde Haut berührt hatte, ein Ring von neuen Planuspapeln einstellte, der die centrale, nach der Ätzung zurückgebliebene Narbe einschlieſst. Es läſst mich dies die Angabe des Kranken, daſs der Lichen planus ursprünglich einer Verletzung sein Entstehen verdanke, nun auch plausibel erscheinen, obwohl ich selbst bisher dieses ätiologische Moment nicht kannte, und auch irgendwo angegeben worden zu sein, mich nicht erinnere.

Ich glaube mit der Rekapitulation dieser beiden Fälle auch den Punkt 2 erledigt zu haben, so daſs nun auch nicht mehr der Schatten eines Zweifels aufgeworfen werden kann, daſs Lichen ruber und Lichen

planus 2 Formen desselben Übels sind, und kann nur wünschen, daſs die bisherigen Gegner dieser Anschauung ihre Fälle genau verfolgen mögen, und ihre Kranken vielleicht im voraus darauf aufmerksam machen, daſs einem lokalisierten Lichen planus ein Allgemeinausbruch folgen könne, und daſs sie sich dann ja einfinden sollen, um diese Koincidenz ad oculos zu demonstrieren.

Ich kann die Gelegenheit, da ich vom Lichen ruber spreche, nicht unbenutzt vorübergehen lassen, ohne noch 2 Punkte zu berühren, die CASPARY als dem ursprünglich gelieferten Typus der Erkrankung widersprechend anführt, ich meine die Recidive und die Blasenbildung.

Heute hat jeder gereifte Fachmann schon Recidive von Lichen ruber in der einen oder in der anderen Form gesehen, und über die Möglichkeit eines Recidivs ist kein Wort mehr zu verlieren. Ich kann aber hier konstatieren, daſs auch weiland mein Vater am Ende seiner Tage zu dieser Überzeugung gelangt ist, und dementsprechend seine frühere Ansicht änderte. Ich erinnere mich noch sehr genau, ihm unter anderem einen Fall selbst zugeführt zu haben; es war ein Fabrikant aus Brünn, der kaum ein Jahr nach beendeter Arsenikkur neuerdings von Lichen ruber befallen wurde. In einer eventuellen 3. Auflage seines Werkes hätte mein Vater sicher dieser Erfahrung Erwähnung gethan, der er bis ungefähr 3 Jahre vor seinem Ableben nicht teilhaftig geworden war.

Was nun die Blasenbildung anlangt, so ist dieses Vorkommen, wenn auch als ungemein seltenes, nicht mehr zu bezweifeln. Ich habe es bis jetzt in einem einzigen Falle gesehen, der eine etwa 60jährige Frau aus Herzogenburg betraf. Sie litt an einer Kombination von universellem Lichen miliaris und lokalisiertem Lichen planus, und hatte gerade über dem Kreuzbein eine Gruppe von etwa einem Dutzend groſser flacher Efflorescenzen; an einigen von diesen bemerkte ich einige Wochen nach eingeleiteter Arsenikkur (die Sublimat-Karbolschmierkur konnte ich nicht einleiten, weil die Patientin nicht in Wien wohnte, und nur alle 14 Tage einmal zu mir kam), also mit dem Eintreten der Involution der Papeln matsche, teils mit klarem, teils mit milchig getrübtem Inhalt gefüllte Blasen, die sich genau mit der Lichenefflorescenz begrenzten. UNNA schildert in seiner in der *St. Petersburger medicin. Wochenschr.* publizierten Arbeit Blaseneruptionen bei 3 Patienten, Fall VIII, IX, X. Wenn ich den Fall IX als nicht rein ausnehme, denn dort hatte schon vor Auftreten des Lichen ruber ein blasiger Ausschlag bestanden, so finde ich auch bei UNNA die Thatsache festgestellt, daſs die Blasen nicht im Stadium floritionis der Krankheit vorkamen, sondern immer erst bei beginnender Heilung. Bei Fall VIII sagt er: „auf diesen Planusflecken schieſsen während

der schon beginnenden Involution der Papeln spontan Blasen auf." Bei Fall X, eine Dame aus Hamburg, die ich schon vor ihm mehrere Wochen behandelt hatte, und bei der früher niemals Blasen zu sehen gewesen, konnte UNNA „Blasen erst nach ihrer (der Papeln) Abheilung" sehen; und ich stimme seinem Ausspruche vollkommen bei, dafs: „wenn die Eigentümlichkeit (der Blasenbildung) dem Lichen planus als solchen zukäme, so müfsten die Blasen viel häufiger und längst bekannt sein."

Diese Blasenbildung ist eben nichts weiter als eine Involutionserscheinung, und ich habe mir dafür folgende Erklärung ersonnen. Durch das in der Cutis sitzende Infiltrat wird, wenn es beträchtlich genug geworden ist, um eine Elevation über das Normalniveau zu bilden, auch die Epidermis in die Höhe gehoben. Besteht nun die Efflorescenz längere Zeit, so wird, trotz der Geringfügigkeit der erzeugten Spannung, die Epidermis ihre Elastizität verlieren, und kann dann, wenn bei beginnender Heilung des Lichen das Infiltrat in der Cutis schwindet, in ihre frühere Lage nicht mehr zurückkehren, ähnlich wie bei anderen Prozessen, denen nach Abheilen der entzündlichen Schwellung Desquamation folgt. Es weicht also der Papillarkörper von der in situ verharrenden Epidermis zurück, wie man das z. B. bei den papulösen Eruptionen Syphilitischer an der Handfläche besonders charakteristisch beobachten kann, indem dann an allen früher erhaben und rot gewesenen Stellen scharfrandige, abschuppende, blasse Flecke zurückbleiben. Die Blasen bei Lichen planus hätten also in diesem Sinne die Bedeutung von Schuppen, und sie entwickeln sich nur deshalb nicht zu solchen, weil die Kontinuität mit der normalen Epidermis am Rande der Efflorescenz nicht unterbrochen wird; bei dem Zurückweichen des Papillarkörpers müfste also ein hohler Raum entstehen, denn Luft kann unter die von ihrer Verbindung mit der Basis losgelöste Epidermis nicht dringen, da für sie eine Öffnung nicht vorhanden ist; da aber bekanntlich natura vacuum horret, mufs sich der Hohlraum mit einem serösen Tanssudat füllen, das sowohl dem Gewebe als solchem, als auch den Blutgefäfsen der Papillen entstammen mag.

Die Erklärungsweise stimmt vollkommen mit den Resultaten der Untersuchungen von CASPARY, der ja auch „eine Abhebung des ganzen Epidermidalstratums fand, entstanden durch Zerfall und Schwund des weithin infiltrierten subepithelialen Bindegewebes." Betrachtet man Fig. 1 seiner Abbildungen, so sieht man die die Efflorescenz bedeckende Epidermis, deren nur ein Teil gezeichnet ist, am Rande lückenlos in das gesunde Integument übergehen; soweit das, nun eben zu schwinden beginnende Infiltrat in der Cutis reicht, besteht ein Hohlraum zwischen Cutis und Epidermis, welcher sich auch zwischen den Gang einer Knäueldrüse und das umliegende Gewebe erstreckt, aber nur im Bereiche des

den Gang umhüllenden Infiltrates. In der Tiefe, wohin der Prozeſs nicht gelangt ist, ist von dieser Lakune nichts zu sehen. In Fig. 2 derselben Tafel ist eine kleinere Efflorescenz abgebildet, bei der die Lakune zur vollen Entfaltung gelangt ist, und wo gleichfalls keine Unterbrechung in der Kontinuität des Epithellagers von der kranken zur gesunden Seite wahrgenommen werden kann. Dementsprechend „war die Lücke durch ein glasiges, von feinen, fibrinähnlichen Fäden durchzogenes Gerinsel ausgefüllt, in dem sich spärliche Rundzellen fanden."

Aus dem Gesagten erhellt, daſs das Vorkommen von Blasen während des Schwindens des Lichen ruber keineswegs das Bild der ursprünglichen Beschreibungen des Entdeckers dieser Krankheit trübt, indem es nicht ein neues Symptom derselben, sondern nur eine Folgeerscheinung der regressiven Metamorphose darstellt.

Nach Abschluſs vorstehender Arbeit (am 3. Oktober 1889) stellt sich mir in meiner Abteilung an der allgemeinen Poliklinik ein Mann vor, der mir erwünschter kaum kommen konnte, weil ich dadurch in die angenehme Lage versetzt bin, die verbale Deduktion durch Bilder erhärten zu können. Der Patient leidet nämlich an einem fast universellen Lichen ruber miliaris, und weist zugleich eine gröſsere Anzahl von Planusstellen auf. Die Beschreibung des Krankheitsverlaufes wird zugleich mit einer chromolithographischen Tafel in thunlichst kurzer Zeit erfolgen.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

Von

P. G. Unna.

V.

Ödem.

Unter Ödem versteht man bekanntlich eine Ansammlung abnorm reichlicher Gewebsflüssigkeit in den Maschen des Gewebes selbst. So allgemein gefaſst, gehören zwei Arten pathologischer Veränderung hierher,

die außer dem soeben genannten Symptom nichts Wesentliches mit einander gemein haben und die wir daher von vornherein so scharf wie möglich trennen müssen, das entzündliche und das mechanische Ödem. Jenes schließt sich an das Kapitel der Wallungshyperämie an und leitet zu dem der Entzündung über, dieses bildet lediglich einen Anhang an das früher behandelte der Stauungshyperämie. Während die entzündlichen Ödeme der Haut die Charaktere gewöhnlicher Entzündung aufweisen, also hauptsächlich ein durch alterierte Gefäßwände entleertes, entzündliches Exsudat, obwaltet bei den mechanischen Ödemen nur ein quantitatives Mißverhältnis zwischen Zu- und Abfluß der sonst normalen Gewebsflüssigkeit. Nur weil und insofern auch bei den entzündlichen Ödemen ein solches Mißverhältnis hinzukommt, welches sie von gewöhnlichen Entzündungen unterscheidet, gehören dieselben hierher und sollen im Anschluß an das mechanische Ödem kurz besprochen werden unter Hinweis darauf, daß sie uns im Kapitel der Hautentzündungen noch einmal begegnen werden.

Das mechanische Ödem der Haut stellt ein noch fast unbearbeitetes Kapitel der allgemeinen Pathologie dar, was um so merkwürdiger ist, als demselben in der Physiologie und experimentellen Pathologie einerseits, in der Klinik anderseits sehr gut und vollständig durchgearbeitete Gebiete entsprechen. Wie sich Ödeme klinisch darstellen, ihren Verlauf, ihre Begleiterscheinungen und Folgen kennen wir sehr gut, ebenso sind dank den Forschungen der LUDWIGschen und COHNHEIMschen Schule die Bedingungen, unter denen sich experimentell Ödeme erzeugen lassen, nach der positiven und negativen Seite wohl bekannt. Fragen wir aber nach der Pathogenese der mechanischen Ödeme, wie wir sie klinisch vorfinden, nach ihren ursächlichen Faktoren und deren Zusammenwirken, so erhalten wir als Antwort ebenso viele Fragezeichen und vermutungsweise aufgestellte, unbefriedigende Andeutungen. Den Grund dieser Inkongruenz finde ich in einer völlig unrichtigen Vorstellung, welcher als roter Faden die ganze Lehre vom Ödem durchzieht und sowohl die Pathologen wie Kliniker stets verhindert hat, aus den experimentell gefundenen oder bei den Sektionen sich ergebenden Thatsachen richtige Schlüsse zu ziehen.

Man hat sich nämlich von der ganz unrichtigen Idee nicht losmachen können, daß die Struktur der Lymphgefäße, der Tonus und die Elastizität ihrer Wandungen besonders an der Einmündung in die Lymphdrüsen und später in das Blutgefäßsystem, und daß sämtliche Hindernisse auf diesem langen Wege von wesentlichem Einflusse auf die Entstehung der Hautödeme sein müßten. Hier suchten die Kliniker nach aufklärenden Befunden und wunderten sich, wenn sie die vorausgesetzten Alterationen der größeren Lymphbahnen nicht fanden. Statt dessen wäre es wunder-

bar gewesen, wenn ein solcher Zusammenhang bei Sektionen sich herausgestellt hätte, wo doch alle Erfahrungen der Experimentalpathologen in eindeutiger Weise bewiesen, dafs selbst der Verschlufs sämtlicher Lymphbahnen einer Extremität kein Ödem derselben hervorruft. Als Pendant zu diesem einen Fundamentalsatze der experimentellen Pathologie finden wie den andern, dafs bei gelungenem Verschlufs sämtlicher oder auch nur der Hauptzahl der Venen einer Extremität unfehlbar Ödem derselben nachfolgt, ein Satz, der mit der täglichen klinischen Erfahrung über die Thrombose gröfserer Venen sehr gut übereinstimmt.

In einer kritisch-historischen Übersicht über die nicht entzündlichen Ödeme der Haut[1] habe ich gezeigt, dafs aus diesen zwei Sätzen sich als notwendige Konsequenz für den Lymphstrom der Haut als dritter Satz ergibt: die sämtlichen Lymphbahnen der Haut stellen eine für gewöhnlich in nur geringem Mafse benutzte Seitenbahn für den Abflufs des Gewebssaftes dar. Sie sind, was man schon immer gelegentlich fand: „auffallend“ trocken oder — besser gesagt — sie führen beständig nur den kleinen Bruchteil der Lymphe ins Blut zurück, der nicht, wie der Hauptanteil, durch die venösen Kapillaren aufgesogen, auf dem Wege der Blutbahn zurückkehrt. Sehen wir für den Augenblick ab von dem insensibeln Wasserverlust der Haut nach aufsen und den minimalen Wasserquantitäten, welche gelegentlich durch Wachstumsprozesse etc. angezogen, in der Haut verbleiben, so kehrt aus der Haut im grofsen und ganzen dieselbe Flüssigkeitsmenge zum Blute zurück, wie vom Herzen her in dieselbe getrieben wird, und es besteht als allgemein gültige Gleichung

$$l = a - v$$

worin a die im Querschnitt einer Hautarterie in der Zeiteinheit passierende Flüssigkeitsmenge, v und l die entsprechenden Flüssigkeitsmengen bedeuten, welche in derselben Zeit die Venen und Lymphgefäfse durchfliefsen, die der Arterie entsprechen. Die Anatomie der Haut lehrt nun, dafs die Venen der Haut gegenüber denen anderer Organe relativ sehr weit sind. Da beim Verschlusse aller Lymphbahnen sämtliches Gewebswasser durch eben diese Venen zurückkehrt, so ist auch in der Norm kein Grund vorhanden, weshalb dasselbe nicht stets diesen Weg einschlagen sollte; eine zu geringe Gröfse des Venenquerschnitts ist jedenfalls nicht die Ursache, dafs überhaupt normalerweise Lymphe den Weg der Lymphgefäfse benutzt. Nach obiger Formel müfste für die Haut l in Ansehung der relativen Querschnittsverhältnisse von a und v stets gleich 0 sein.

Nun sind aber die Venen der Haut ungleich dünnwandiger und daher

---

[1] S. diese *Monashefte*. Bd. VIII. 1889. pag. 446 ff., 490 ff.

kompressibler als die Arterien; sie werden schon durch jede Bewegung, Faltung und Verschiebung der Haut teilweise oder selbst ganz verschlossen. Sowie das geschieht, tritt im Wurzelgebiet der Vene eine Rückstauung ein, welche die Lymphe abhält, in die venösen Kapillaren zurückgesogen zu werden, so daſs dieselbe nun den Weg der Lymphspalten soweit und in der Richtung benutzt, wie es der augenblickliche Gewebsdruck vorschreibt. Bei Aufhebung und eventueller Umkehr der Bewegung der Haut wird diese Lymphquantität parallel mit dem Venenstrom, aber nun auſserhalb desselben in den Lymphgefäſsen ins Blut zurückbefördert. So allein erklärt sich die „Lymphproduktion" einer Extremität bei den „Pumpbewegungen" der Physiologen, während vorher in der Ruhe absolut keine Lymphe geliefert wurde.

v und l in obiger Gleichung sind also in der Haut sehr labile Gröſsen und untereinander umgekehrt proportional. In der Ruhe aber ist normalerweise l verschwindend klein gegen v. Dies ist die anatomisch und experimentell physiologisch sichere Grundlage, auf welcher allein eine Theorie der mechanischen Ödeme sich aufbauen läſst.

Das Hauptkontingent aller Hautödeme stellen die venogenen, d. h. die durch Erschwerung des venösen Blutabflusses erzeugten oder kurzweg die Stauungsödeme. Nur muſs man mit diesem letzten Worte nicht den unrichtigen Begriff einer Aufstauung der Lymphe durch Hindernisse auf dem Wege zwischen Lymphkapillare und Vena subclavia, sondern den einer wirklichen, einfachen venösen Blutstauung verbinden. Hier wirft sich nun zunächst die Frage auf, ob denn nicht auſser dem Hindernis des Blutabflusses auch regelmäſsig ein solches auf dem Wege der Lymphbahnen vorhanden sein muſs, nicht sowohl um die Erzeugung reichlicher Lymphe, als um die Anstauung derselben, das Ödem zu erklären. Es könnte ja sein — und nach der bisherigen Anschauung ist der Einwurf nur allzuberechtigt —, daſs zu der Ablenkung auf die Lymphbahnen der Haut ein positives Hindernis in Gestalt einer Undurchgängigkeit der Lymphdrüsen beispielsweise oder ein negatives durch Fortfall des normalen Tonus der Lymphgefäſse hinzukommen müſste, um Ödem zu zeugen. Aber auch diese assistierende Rolle spielen die Lymphbahnen nicht, wenigstens nicht notwendig. Die Haut ist vermöge ihrer permanenten elastischen Spannung im stande, die geringen Quantitäten Lymphe, welche de norma in die Lymphgefäſse gelangte, sofort centripetal zu befördern. Jede länger dauernde Inanspruchnahme der Lymphbahnen aber ist abnorm und führt zu einer Lockerung der Textur, zu einem Ödem. Das letztere ist, worauf VIRCHOW mit Recht hinwies, ja kein ruhender Zustand, sondern ein gleichbleibendes Überwiegen des Lymphzuflusses gegenüber dem Abflusse. Damit soll natürlich keineswegs in Abrede gestellt werden, daſs Hindernisse auf der Lymph-

bahn selbst, besonders wenn dieselben sehr ausgebreitet und mehr central sitzen, ödembefördernd wirken können. Aber darüber möge man sich doch keiner Täuschung mehr hingeben; die Aufdeckung eines solchen Hindernisses, selbst wenn es sich um die totale Obliteration des Brustganges handeln sollte, erklärt an sich allein noch kein einziges Ödem der Haut. Der Kernpunkt der Ödemfrage bleibt auch dann noch, zu erforschen, was die Hautlymphe in diesem Falle verhindert habe, auf dem ihr vorgeschriebenen Wege der Hautvenen zurückzukehren. Wenn man hierauf die betreffenden Krankengeschichten und Sektionsprotokolle durchnimmt, wird man wohl meistenteils finden, daſs neben den Geschwülsten Degenerationen oder Adhäsionen der Lymphgefäſse und Lymphdrüsen, auf deren Vorhandensein Wert gelegt wurde, noch Verhältnisse vorkommen, welche mechanische Hindernisse des Blutrückflusses bedingen konnten; nur solche sind aber als wahre Ursachen des Ödems zu betrachten.

Gehen wir näher auf die Bedingungen des mechanischen Ödems der Haut ein, so sind zwei Umstände vor allem der Beachtung wert. Zunächst hängt die Stärke des Ödems weniger von der Hochgradigkeit des Hindernisses in einzelnen Venenstämmen, als vielmehr von dem Umstande ab, ob alle oder doch weitaus die meisten Venen der Region in ihrer Lichtung eine Beeinträchtigung erfahren. In letzterem Falle kann das Hindernis geringfügiger Natur sein und doch ein stärkeres Ödem zur Folge haben, als die vollständige Thrombose der Hauptvene. Es gilt in dieser Beziehung und aus denselben, dem Kollateralkreislauf entspringenden Gründen dasselbe, was wir früher bei Besprechung der Stauungshyperämie konstatierten.

Sodann ist nach obiger Gleichung klar, daſs die Menge der Lymphe ebensowohl wachsen muſs durch Abnahme des Venenquerschnitts wie durch Zunahme der Arterienweite. Denn nur das gegenseitige Verhältnis beider muſs für die Norm, d. h. für die gegebenen anatomischen Gröſsen ein anomales, und zwar für den Abfluſs ungünstiges werden. Wenn daher die gewöhnliche Wallungshyperämie nicht genügt, um Ödem zu erzeugen, wie ja die tägliche Erfahrung lehrt, so sehen wir daraus, daſs bei der Haut die Venen auch unter diesen erschwerenden Umständen vermöge ihrer Weite allen Aufgaben gewachsen sind. Immerhin braucht aber nur eine sehr geringe Blutstauung hinzuzukommen, um der paralytischen Wallungshyperämie ein Ödem zuzugesellen. Nach dem Gesagten würden wir mithin ein sehr starkes Ödem zu erwarten haben, wenn zu einer einfachen Hyperämie eine leichte aber allgemeine Verengerung aller Venen eines Körperteils hinzutritt. In der That finden wir zuweilen ganz enorme Schwellungen der ganzen oberen Extremität entstehen, wenn bei beliebigen, unschuldigen Hautreizungen des Arms ein zu enges Ärmelloch oder solche des Unterschenkels, wo ein zu enges Strumpf-

band getragen wird. In solchen Fällen scheinen beide Ursachen einzeln ganz aufser Verhältnis zu stehen zu der auffallend starken Anschwellung, welche den Arzt viel eher an Venenthrombose, Erysipel und dgl. denken läfst. Aber das Resultat erklärt sich leicht, wenn man bedenkt, dafs l um so gröfser wird, je gröfser a und je kleiner v ist, und am gröfsten natürlich, wenn beide Umstände zusammentreffen. So ist denn das Binden der Extremitäten überhaupt eines der sichersten Mittel, um in kurzer Zeit starke Ödeme zu erzeugen, nicht etwa, weil dabei Lymphgefäfse komprimiert werden, was für sich allein nicht den mindesten Hydrops der Haut zur Folge haben würde, sondern weil die Venen des ganzen Körperteiles dabei stärker komprimiert werden als die starren Arterien und daher der Minuend a wächst gegenüber dem Subtrahend v. Analog dem Binden der Extremitäten erklärt sich die Kopfgeschwulst der Neugeborenen aus einem die gesamte Peripherie einer Körperteils treffenden einfachen Druck.

Auf diese einfachen, alltäglichen Vorkommnisse lege ich deshalb ein so grofses Gewicht, weil hier, wie Sie sehen, Theorie und Praxis sich vollkommen decken und diese Übereinstimmung doch wohl ein besseres Zeugnis für die Richtigkeit unserer Grundvorstellung abgibt, als jene ebenso schwierig herbeizuschaffenden wie zugestandenermafsen unzureichenden Befunde es für die Theorie zu thun vermögen, welche in der Verlegung der Lymphbahnen die Ursache von Ödemen erblickt.

Weiterhin ist es auch natürlich, dafs der zirkuläre leichte Druck, der an und für sich eine so prompte ödematofore Wirkung hat, eine solche in hohem Mafse entfaltet, wo bereits ein geringes entzündliches Ödem besteht. Es gehört zu den geläufigsten Erfahrungen in der Dermatotherapie, dafs an allen Hautstellen, welche peripher von Druckstellen liegen, sich ein akutes Ödem einstellt, wenn durch die Hautkrankheit selbst oder einen medikamentösen Eingriff die Disposition zu entzündlichem Ödem geschaffen ist. Der Druck braucht dann nur ein sehr geringer zu sein, z. B. nicht durch Binden oder Bandagen, sondern etwa durch fest adhärierende Krusten erzeugt werden, die zentralwärts eine oberflächliche Kompression ausüben.

Als zweite Hauptursache des mechanischen Ödems nach der Venenkompression von aufsen ist die Wirkung der Schwere zu nennen. Wie wir ja bei der Stauungshyperämie bereits besprochen haben, ist diese Wirkung nicht einfach so zu verstehen, als ob der Druck der Blutsäule sich an den Füfsen lediglich zu dem inneren Drucke, wie er in den Venen herrscht, addiert und daher voll als Überdruck zur Geltung komme. Denn dann müfste ja ein derartiger Überdruck mit Neigung zum Ödem schon beim Gesunden beständig vorhanden sein. Hier wird derselbe aber eben durch die natürlichen Hilfsmittel eines stärkeren Tonus der Gefäfse-

kompensiert und zwar ebensowohl in den Arterien wie in den Venen. Wir sahen nun, daſs auf dem Boden dieses stärkeren Gefäſstonus die venöse Stauung sich mit ihren Folgen der passiven Dehnung und Varicenbildung als eine „Senkungshyperämie in vivo“ entwickelt, wenn der starke Tonus aller Gefäſse die vis a tergo nahezu aufhebt. Bedingung eines Stauungsödems durch Schwere ist aber wie bei jedem mechanischen Ödem das Wachstum der Differenz $a - v$. Da nun die Arterien des Beines den auf ihnen ebenfalls lastenden Druck der Schwere durch stärkeren Tonus auch ihrerseits paralysieren, so kann a keinen abnorm hohen Wert besitzen, und es ist ohne weitere Störung kein Grund einzusehen, weshalb v auf ein unzureichendes Maſs reduziert sein müsse. Deshalb finden wir auch durchaus nicht bei allen varikösen Unterschenkeln zugleich Ödem, ja, es ist nur in der geringeren Zahl der Fälle vorhanden. Was hinzukommen muſs, ist ein Wachstum von a, d. i. ein Nachgeben des arteriellen Tonus oder ein Absinken von v.

Eine hinzukommende Schwächung des arteriellen Tonus anzunehmen, haben wir allen Grund bei den Gravitations-Ödemen jugendlicher, in der Entwickelung begriffener Individuen, wie Bäcker, Kellner, welche übermäſsig lange Zeit in aufrechter Stellung zubringen, etwa in der Art, wie sich bei solchen durch Insuffizienz der Muskel und Bänder Plattfuſs entwickelt. Bei älteren Leuten, wo an ein Nachgeben des Arterientonus viel weniger zu denken ist, haben wir es folgerichtig mit einem Absinken von v zu thun, es müſste denn bei ihnen eine Hyperämie oder Dermatitis zeitweilig a anwachsen lassen. v, d. i. die in der Zeiteinheit ausflieſsende Menge Venenblut, kann nun entweder durch Verstärkung des Venentonus geringer werden oder durch Stauungshyperämie. Diese beiden zum selben Ziel, nämlich zum Ödeme führenden Umstände heben sich aber gegenseitig auf, sie können nicht zugleich bestehen. Den verstärkten Venentonus haben wir anzunehmen, wo bei durchaus bleicher Haut des Unterschenkels zu einzelnen Varicen ein gleichmäſsiges, geringes und wechselndes Ödem sich hinzugesellt. Die Verstärkung des Venentonus ist hier gleichsam eine natürliche und zunächst zweckmäſsige Fortsetzung desjenigen Widerstandes, welchen die groſsen Venen des Beines durch ihre Klappen gegen die Schwere ausüben, in die kleinen, klappenlosen Venen hinein. Dieser Zustand scheint aber nicht so häufig zu sein wie der andere, bei welchem die Haut des Unterschenkels blau bis blauviolett und beständig stark gedunsen ist. Diese Fälle neigen denn auch einerseits zur Geschwürsbildung, anderseits zur elephantiastischen Verdickung. Hier ist es evident, daſs die Verlangsamung und Erschwerung des Venenabflusses bei Erweiterung des Venenlumens und zwar durch einfache Stauung statt hat. Hier ist die Barriere, welche der Klappenapparat unter Varicenbildung der Schwere entgegenstellte, überwunden, und die

Senkungshyperämie dringt in den Bereich der klappenlosen, kleinen Venen vor, ihren Tonus abschwächendund ihre Resorptionsfähigkeit vernichtend. Dann entsteht ein in aufrechter Lage beständig zunehmendes Ödem neben der Stauungshyperämie; ja in den höchsten Graden kommt es zu Blutaustritten in das Gewebe per diapedesin. So wie die Schwere an den abhängigen Körperteilen, wirkt natürlich die allgemeine venöse Stauung auf die Haut des ganzen Körpers. Bei nicht kompensierten Herzfehlern treten mit der Anhäufung des Blutes auf der venösen Seite zugleich Ödeme auf, welche genau parallel gehen den Hindernissen, die sich dem Abflusse des Blutes in das Herz entgegen stellen. Dafs dieselben zuerst an gewissen Prädilektionsstellen, den Augenlidern, Knöcheln etc. sichtbar werden, hängt mit der Hautstruktur dieser Regionen zusammen, welche wir später noch ausführlicher zu berücksichtigen haben werden. Ebenso wie jede Erleichterung im Venenabflusse das Anasarka wieder schwinden macht, endet der unheilbare Herzfehler unter dem Bilde beständig zunehmender Wassersucht. Auch die Ödeme der Herzkranken sind rein mechanischen Ursprungs. In der ödematösen Haut sind keine Gefäfsveränderungen sichtbar.

Erst in vierter Linie ist die Venenthrombose als Ursache des Ödems zu nennen. Nur selten kommt es vor, dafs die Venen einer Region mit sämtlichen Kollaterolen, analog wie durch die Gipsthromben in den Versuchen von Solnitschewsky, verstopft sind. Dann mufs es allerdings sofort zu hochgradigstem Ödem, weiterhin aber auch zur Stase und zur Gangrän kommen. Meistens handelt es sich nur um Thrombose kleinerer oder gröfserer Abschnitte einer Hauptvene, z. B. der Vena cruralis. Dann richtet sich die Ausdehnung und Höhe des Ödems einerseits nach der Anzahl der zur Verfügung stehenden Kollateralen, anderseits nach dem Vorhandensein sonstiger ödematoforer Ursachen, als abhängige Lage, entzündliche Komplikationen, allgemeine Hydrämie oder Kachexie u. s. f. Bei sonst Gesunden pflegt z. B. eine Thrombose der Vena cruralis nur ein leichtes Ödem der Knöchel und des Fufsrückens hervorzurufen, und dieses vergeht bei zweckmäfsiger Lagerung und mechanischer Kompression in einigen Tagen, wenn die venösen Kollateralen sich genügend erweitert haben.

Zu dem venothrombotischen Ödem gehören wahrscheinlich noch eine Reihe infektiöser Prozesse, welche bisher vermutungsweise, aber natürlich ganz ohne thatsächliche Begründung, durch eine Thrombose von Lymphgefäfsen erklärt wurden. Bei der Phlegmasia alba dolens und den zur Elephantiasis der Haut führenden Entzündungen pflegte man eine Lymphangitis mit Erschwerung des Lymphabflusses anzunehmen. Wenn bei genauerer Untersuchung sich nichtsdestoweniger die Lymphgefäfse weit und strotzend mit Lymphe gefüllt und selbst die geschwollenen Lymph-

drüsen von weit klaffenden Lymphgefäſsen durchsetzt fanden, so suchte man das scheinbar doch notwendige Hindernis in den Lymphbahnen durch einen Mangel an Tonus (Wagner) oder — da ein solcher nur den Lymphstrom begünstigen könne (Virchow) — durch einen Mangel an Elastizität derselben zu erklären. Wir wissen nun aber, daſs durch eine Verlegung der Lymphbahnen nie und nimmermehr ein Ödem der Haut erzeugt wird und haben daher diese auch sonst durch keine anatomischen Befunde gestützten und völlig unzureichenden Hypthesen nicht nötig. Bei der Phlegmasia alba dolens der Wöchnerinnen handelt es sich, wie die eiweiſsreichere Lymphe beweist, um einen entzündlichen Prozeſs, der von einer infektiösen Phlebitis ausgehend sich in der Nachbarschaft verbreitet, also um „entzündliches Ödem", eine Kombination von Entzündung und Stauung. Bei der Elephantiasis filariosa der heiſsen Klimate und der damit parallel laufenden Lymphorrhöe hat man auch bisher das Hauptgewicht auf eine Verstopfung der Lymphbahnen durch Filarien gelegt, obwohl längst das Vorhandensein der Embryonen in den Blutgefäſsen nachgewiesen ist. Damit soll nicht gesagt sein, daſs diese allein mechanisch die Blutgefäſse verstopfen; sie geben möglicherweise auch zu fortgesetzten Thrombosierungen der Venen Anlaſs. Aber jedenfalls müssen wir darauf bestehen, daſs hier das eigentliche Hindernis für die Lymphe gesucht werden muſs und gefunden werden wird, nicht in den Lymphgefäſsen, selbst wenn verstopfte Lymphgefäſse nachgewiesen werden sollten.

Ebenso wird es sich mit der Elephantiasis nostras verhalten, welche sich an Erysipele und andere kokkogene Entzündungen ausschlieſst. Die chronischen Ödeme, welche der Bindegewebshyperplasie vorausgehen, weisen auf ein organisches oder wenigstens dauerndes Hindernis der Blutabfuhr hin. Allerdings kommt bei allen stabilen Ödemen, welche sich an entzündliche Prozesse der Haut anschlieſsen, noch ein nicht zu unterschätzender Faktor in Betracht, die primäre Elastizitätsverminderung durch das voraufgehende entzündliche Ödem. Wie wir noch zu erörtern haben werden, ist der Gewebsdruck in allen seinen topographischen Abstufungen für den Rückfluſs der Lymphe auf der Venenbahn maſsgebend. Ist nun einmal bei Gelegenheit einer entzündlichen Transsudation ganz ohne Stauung die gewebliche Textur bis zu einem gewissen Grade gelockert, so bleibt auch beim Schwunde der entzündlichen Gefäſsveränderung der Gewebsdruck niedriger, und jedes neu hinzutretende Stauungsmoment erzeugt ein stärkeres Ödem, als ohne jene vorhergehende Lockerung. So scheint mir die Beziehung der vorübergehenden Erysipele und filariösen Entzündungen auf das unter ihrem Einfluſse immer stärker werdende stabile Ödem aufzufassen zu sein.

Zu den mechanischen Ödemen rechne ich fünftens einen groſsen Teil dessen, was man bisher unter dem Namen des kollateralen oder

„fluxionären" Ödems zusammengefaſst hat. Oberhalb tiefer liegender Eiterherde des subkutanen, periostalen, intermuskulären Bindegewebes und selbst oberhalb von Pleuraexsudaten, in der Gesichtshaut bei Abscessen des Zahnfleisches, der Highmorshöhle, an der Vorhaut beim Vorhandensein von Schankern, an den Augenlidern bei jeder entzündlichen Affektion der Umgebung stellen sich diffuse Schwellungen ein, welche parallel mit dem Reifen und der Vergröſserung der Entzündungsherde an Ausdehnung zunehmen, keinen Calor, Rubor und Dolor aufweisen, nach deren chirurgischer Beseitigung (Entleerung der Empyeme, Spaltung der Abscesse etc.) aber sofort zurückgehen. COHNHEIM, RINDFLEISCH, BIRCH-HIRSCHFELD und ZIEGLER nehmen einen entzündlichen Charakter dieser serösen Schwellungen an, betrachten sie also als fortgesetzte, abgeschwächte Entzündungen, gleichsam als sehr ausgedehnte Entzündungshöfe. ZIMMERMANN[2] macht in einer kürzlich erschienenen Studie mit Recht darauf aufmerksam, daſs das Vorhandensein dieses Ödems auf bedeckendem, andersartigem Gewebe (Haut des Brustkorbs bei Empyem der Pleura) so wenig mit der Theorie des Entzündungshofes stimmt, wie das plötzliche Verschwinden desselben nach chirurgischer Entspannung des Entzündungsherdes. Da ZIMMERMANN, auf HOFFAS Anregung untersuchend, in diesen kollateralen Ödemen niemals die eitererregenden Organismen auffand, wendet er sich der älteren Anschauung von HUNTER und ROSER zu, welche man die Verdrängungstheorie nennen könnte. Hiernach besteht die Flüssigkeit des kollateralen Ödems aus entzündlichem serösen Exsudat, welches, im Herde selbst entstanden, durch den daselbst herrschenden Druck in die Umgebung gepreſst ist. Es gibt endlich noch eine dritte von BARDELEBEN, BILLROTH, HÜTER und zum Teil auch von v. RECKLINGHAUSEN gestützte Theorie, nach der das kollaterale Ödem wesentlich durch Stauung zu stande kommt, wie solche durch Kompression in der Nachbarschaft verlaufender Venen wohl zu stande kommen kann.

Welche der beiden letzten Anschauungen auch im Einzelfalle mehr Berechtigung haben mag — und es scheint mir, daſs die beiden postulierten Vorgänge sich häufig kombinieren werden —, immer wäre das kollaterale Ödem als ein mechanisches aufzufassen. Findet man in der Ödemflüssigkeit gröſsere Mengen von Eiweiſs und weiſsen Blutkörperchen, handelt es sich um die nächste Nachbarschaft des Entzündungsherdes in gleichartigem Gewebe, so hat man es gewiſs mit verdrängtem Gewebssaft aus diesem Entzündungsherde zu thun. Wo dagegen mehr entfernt in benachbarten Gewebeteilen das Ödem auftritt, wo es eiweiſsarm und arm an weiſsen Blutkörperchen ist, da scheint mir ganz allein die Stauungs-

---

[2] ZIMMERMANN, Zur Lehre des entzündlichen Ödems. *Münch med. Wochenschr.* 1888. pag. 141.

theorie berechtigt zu sein. Wir sind auch garnicht bloſs auf eine Venenkompression von seiten des Entzündungsherdes angewiesen, um das kollaterale Ödem als Stauungsödem zu begreifen. Eine Stauung kann ganz auſserhalb, centralwärts vom Herde überall dort stattfinden, wo dieser und seine ödematöse Nachbarschaft ihr Blut in gemeinsame gröſsere Venen entleeren. KLEMENSIEWICZ verdanken wir den Nachweis, daſs die aus entzündeten Geweben kommenden Venen erweitert sind. Es muſs also sehr leicht eine kollaterale Rückstauung des Blutes im Umkreise des Entzündungsherdes entstehen können. Kommt hierzu für denselben Umkreis eine über dem Herd hinaus irradiierende Wallungshyperämie, so ist ein Stauungsödem die Folge.

Auf diese Weise erklärt sich einerseits das sofortige Verschwinden des Ödems bei Entspannung des Entzündungsherdes, andrerseits auch das Auftreten desselben in so weitem Umfange um den Herd, daſs man an ein einfaches Verdrängungsödem nicht denken kann.

Wenn im bisher Erörterten das mechanische Ödem als Folge einfacher physikalischer Miſsverhältnisse anzusehen war, die teils von auſsen, teils vom Gefäſsinnern aus den Venenstrom erschwerten, so tritt in der nun folgenden, wahrscheinlich sehr ausgedehnten sechsten Gruppe der Stauungsödeme zuerst eine funktionelle Anomalie, eine Kontraktion der Venenwandung als Stauungshindernis auf. Ich habe a. a. O. gezeigt, daſs dieses funktionelle Moment in der ganzen bisherigen Ödemlehre durchaus unberücksichtigt geblieben ist, obgleich alle anatomischen und physiologischen Thatsachen auf die Rolle hinweisen, welche der Venentonus bei der Erzeugung der Lymphe unter normalen und abnormen Verhältnissen spielt. Ich wies ferner nach, daſs es nur der Einreihung dieses selben Faktors unter die ätiologischen Momente bedarf, um auch diejenigen Formen des Ödems zu verstehen, welche bisher anerkanntermaſsen allen Pathologen Verlegenheit bereitet haben, nämlich die spastischen Ödeme der Haut, die Urticaria und das QUINCKEsche umschriebene Ödem. Für diese Ödemarten allein schon müſste ein Venentonus im allgemeinen und eine krankhafte, spastische Veränderung desselben im speziellen postuliert werden, wenn auch sonst noch keine entsprechenden Erfahrungen vorlägen. Bereits ehe ich an eine kritische Durcharbeitung der bisherigen Ödemlehre ging, hatte ich aus rein klinischen und aus anatomischen Gründen eine auf den Venentonus basierte Theorie und zwar die erste bisherige Theorie der urtikariellen Dermatosen aufgestellt.[3] Die erste; denn die etwas phrasenhaften Erläuterungen des Prozesses in manchen Lehrbüchern[4] wird wohl niemand im Ernst als

[3] Unticaria simplex und pigmentosa. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Ergänzungsheft I. 1887. (*Dermat. Studien.* I. Reihe. 3. Heft.)

[4] S. selbst den betr. Passus in AUSPITZS System.

eine Theorie gelten lassen wollen. Dafs speziell arterielle Gefäfslähmungen, auf welche öfters rekurriert wurde, diese „nervösen Ödeme“ nicht erklären können, ist nach der Lehre vom Ödem, wie sie heutzutage auf Grund der Experimente von LUDWIG, COHNHEIM und ihren Schülern vorliegt, selbstverständlich. Auch die von TIGERSTEDT angenommene, unter nervösem Einflufs stehende Sekretion der Lymphe von seiten der Lymphgefäfsendotelien widerspricht allen Erfahrungen, welche von jeher über die Identität des Salzgehalts im Blute und in der Lymphe gemacht worden; sie ist lediglich Ausflufs der Verlegenheit diesen Ödemen gegenüber, und diese ist wiederum die notwendige Folge davon, dafs man der kräftigen Muskulatur der Venen zwischen eigentlicher Cutis und Hypoderm keinerlei Wirkung zuschrieb.

Seit Aufstellung der spastischen Theorie der Urticaria habe ich reichlich Gelegenheit zur klinischen Prüfung dieser Theorie gehabt. Schon AUSPITZ[5] machte die Bemerkung, dafs unterhalb der Aderlafsbinde Urticariapapeln sich abflachten. Ich habe in allen Fällen von Urticaria, wo sich Quaddeln an den Armen oder Beinen vorfanden, Abschnürungen mittels der elastischen Binde vorgenommen und regelmäfsig beobachtet, dafs bald nach eingetretener venöser Stauung die Quaddeln einsanken. Damit schwand auch stets das in ihnen lokalisierte Juckgefühl. Diese Abflachung und der völlige Schwund von Urticariaquaddeln unter dem Einflufse künstlicher venöser Stauung läfst sich am besten an sehr prominenten Exemplaren in der Nähe des Handgelenks beobachten. Dicht an der Binde nahe der Ellenbeuge ist es oft schwer zu beurteilen, wie viel an ihrem Schwunde der an dieser Stelle bedeutenderen Anschwellung der ganzen Haut zuzuschreiben ist. In gröfserer Entfernung von der Binde überzeugt man sich aber leicht, dafs die Quaddeln einsinken lange Zeit, ehe eine allgemeine Schwellung der Haut daselbst wahrnehmbar wird. Wie ist diese Thatsache nun zu deuten? — Soviel ist klar, dafs, wenn eine Wallungshyperämie die Quaddel erzeugte, dieses Phänomen durch eine künstlich gesetzte Stauung nur gesteigert werden würde. Ebenso würden unter dieser allgemeinen Stauung die Quaddeln noch mehr hervortreten müssen, wenn sie aus einer lokal gesteigerten Lymphproduktion hervorgingen. Überhaupt sind mit dem Schwunde der Quaddeln durch künstliche Stauung alle Theorien unvereinbar, welche die Entstehung derselben von einem stärkeren Lymphzuflusse ableiten. Dagegen stimmt dieselbe Thatsache sehr gut mit unserer Theorie, nach welcher ein lokales Hindernis für den Blutabflufs Ursache der Quaddelbildung ist. Der gesteigerte Druck in den gröfseren Hautvenen ist es, welcher nach Anlegung der Binde den Krampf einzelner kleineren Venen de tergo über-

[5] AUSPITZ, Über venöse Stauung. *Vierteljahresschr.*

windet. Wirklich läfst sich kein besseres Mittel zur Überwindung eines jeden Gefäfskrampfes denken als der (durch die Binde) unnachgiebig gesteigerte Innendruck. Auch nach dieser Seite hin ist die venospastische Theorie der urtikariellen Dermatosen bisher die einzig berechtigte.

Um übrigens in betreff dieser Theorie kein Mifsverständnis aufkommen zu lassen, mufs betont werden, dafs unter Venenspasmus eine plötzlich eintretende, verschieden lang anhaltende und schnell oder langsam verschwindende Kontraktion der Venenmuskulatur verstanden wird, welche an und für sich nicht bedeutend zu sein braucht, aber unter allen Umständen bedeutender sein mufs, als es dem gleichzeitig bestehenden arteriellen Kontraktionszustande entsprechen würde. Nur das Mifsverhältnis zwischen arteriellem und venösem Tonus kommt für die Entstehung des spastischen Ödems wesentlich in Betracht. Zudem sind die hierhergehörigen Dermatosen, zu denen die Urticariaformen, das umschriebene Ödem Quinckes, viele fliegende peri- und intraartikuläre Ödeme und in gewisser Beziehung auch das Erythema multiforme gehören, charakterisiert einerseits durch die Plötzlichkeit des Auftretens und meist auch des Verschwindens, durch ihr Beschränktsein auf kleinere Gefäfsgebiete und ihren springenden Charakter.

An diese sehr umschriebenen nervösen Ödeme reihen sich ungezwungen einige andere an, deren nervöser und speziell angioneurotischer Ursprung weniger sicher, aber doch nach allen klinischen Wahrnehmungen berechtigt erscheint, ich meine die sogenannten rheumatischen Ödeme und diejenigen, welche Neuralgien während der Anfälle begleiten. Der mehr oder weniger fluxionär hyperämische oder Stauungscharakter des Hautödems wird in diesen Fällen einen Schlufs auf das Verhalten der Gefäfse zulassen; immer aber wird der Venentonus gegenüber dem arteriellen zu stark in Anspruch genommen sein, und die nervöse Störung wird eben in dem irrationellen Verhältnisse beider gesucht werden müssen. Des weiteren schliefsen sich hier akute, mehr ausgedehnte Ödeme an, die im Verlaufe akuter oder chronischer Rückenmarkskrankheiten zur Beobachtung gelangen.

(Fortsetzung folgt.)

Das Dengue-Fieber.

Dargestellt besonders nach Beobachtung aus der Epidemie in Konstantinopel im Sommer 1889

von

Dr. E. von Düring,
Professor für Dermatologie und Syphilis an der École Impériale de Médecine,
Arzt am Deutschen Hospital in Konstantinopel.

(Schluſs.)

Das Fieber bietet keine groſsen Verschiedenheiten dar. Es steigt meist sofort zu bedeutender Höhe — 40° C. und darüber; in dieser Höhe hält es sich höchstens bis zum 3. Tage, ohne groſse Morgenremissionen; meist ist schon am 3. Tage ein stärkerer Abfall, und am 4. Tage Abfall bis zur Norm — mit Erscheinen des Exanthems.

(Entschieden waren gegen das spätere Stadium der Epidemie zu die Temperaturen höher, als in den ersten Stadien, worauf [nach Zuelzer] Slaughter aufmerksam gemacht hat.)

Der Abfall ist meist ein rapider; die Temperaturen vom 4. Tage an bis zum 6.—8. Tage könnte man passend als hohe Normaltemperaturen bezeichnen; denn wenn die Messungen längere Zeit fortgesetzt wurden, konnte man sich davon überzeugen, daſs die normalen Temperaturen noch etwas unter den Temperaturen nach dem Fieberabfalle lagen.

Der Abfall tritt meist ohne Schweiſs, ganz plötzlich ein — ohne eine groſse Änderung im übrigen Symptomenkomplex hervorzubringen. (S. Kurve 2.)

In einer kleineren Reihe von Fällen trat am 6. Tage ungefähr ein Nachschub ein, der die Kurve fast einer Rekurrenskurve ähnlich macht. (S. Kurve 3.)

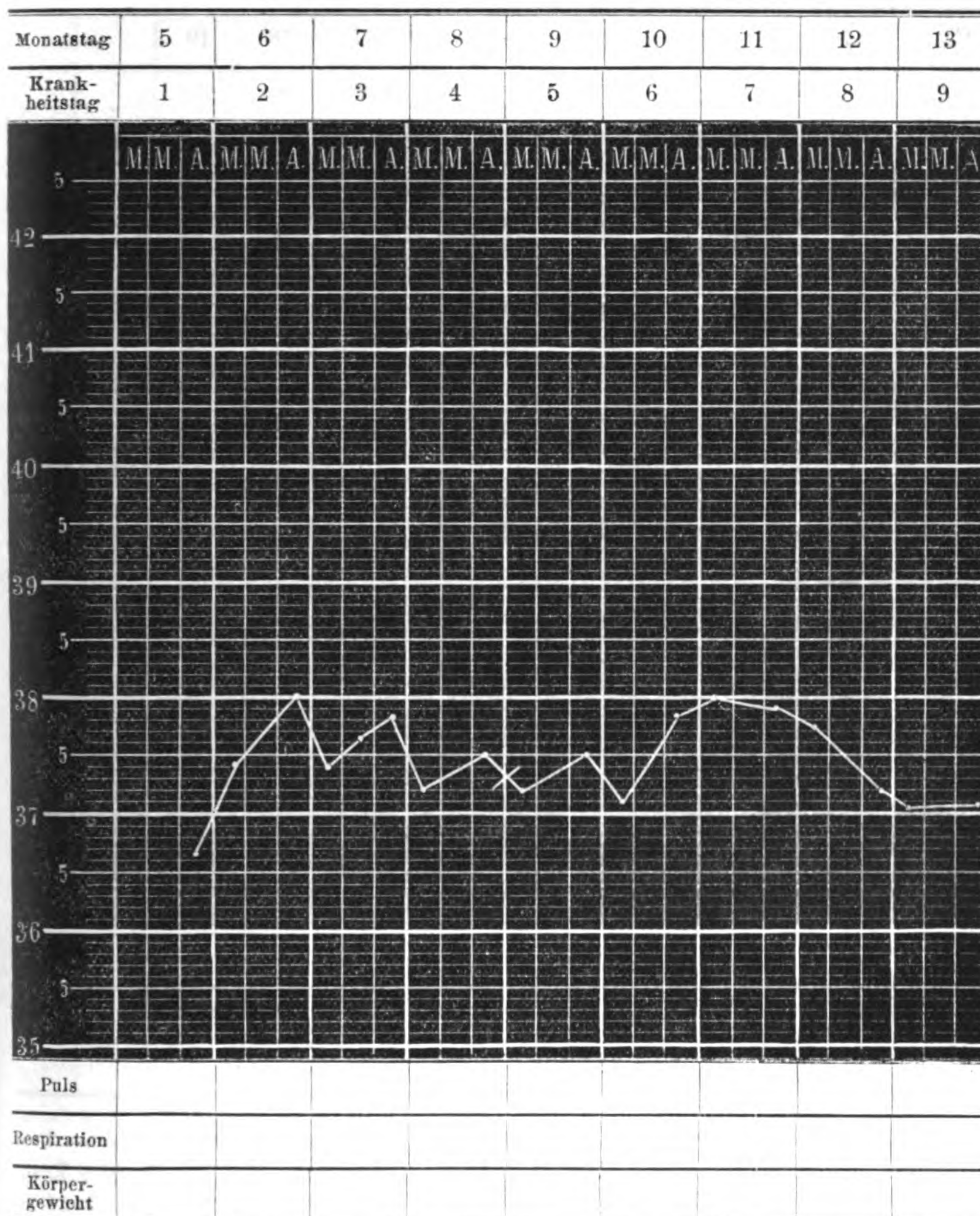
In einem Falle beobachtete ich einen intermittierenden Typus bei einem jungen Mädchen. (S. Kurve 5.)

Ich teile hier nun eine Reihe von Kurven mit, die teils aus meiner Privatpraxis, teils aus dem Deutschen Hospital stammen.

Wie man aus Kurve 4 sieht, erreicht die Temperatur in schwereren Fällen die Höhe von fast 42° — in diesem Falle 41,7° C.

Der Puls ist mäſsig beschleunigt, höchstens bis 120, nicht oft über 100, meist 90—100 Schläge in der Minute, auch wenn die Temperatur sehr hoch und die allgemeine Prostration sehr groſs sind. Der Puls ist in der Fieberperiode lediglich beschleunigt, seine Qualität ist relativ

No. 1. *Dengue. Leichter Fall (mit Relaps).* November 1889.

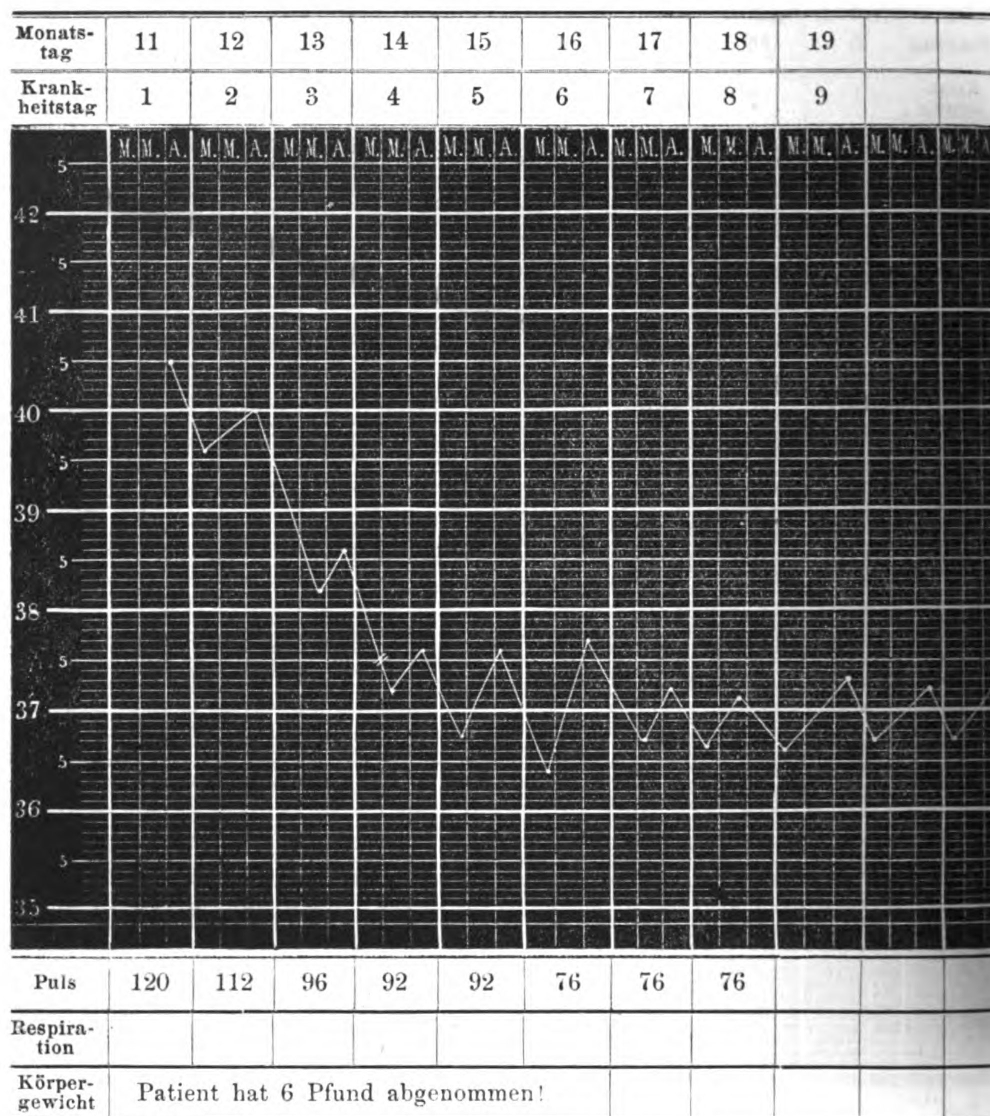


Bemerkungen. Kind. Sehr leichter Fall; Exanthem am dritten Tag, Relaps am sechsten Tag.

normal; dagegen wird er in der Konvaleszenz oft auffallend klein und weich. —

Rückfälle scheinen in den verschiedenen Epidemien verschieden häufig zu sein; hier sind sie doch zur Menge der Erkrankungen relativ selten beobachtet worden; viel zahlreicher dagegen sollen sie in Smyrna sein.

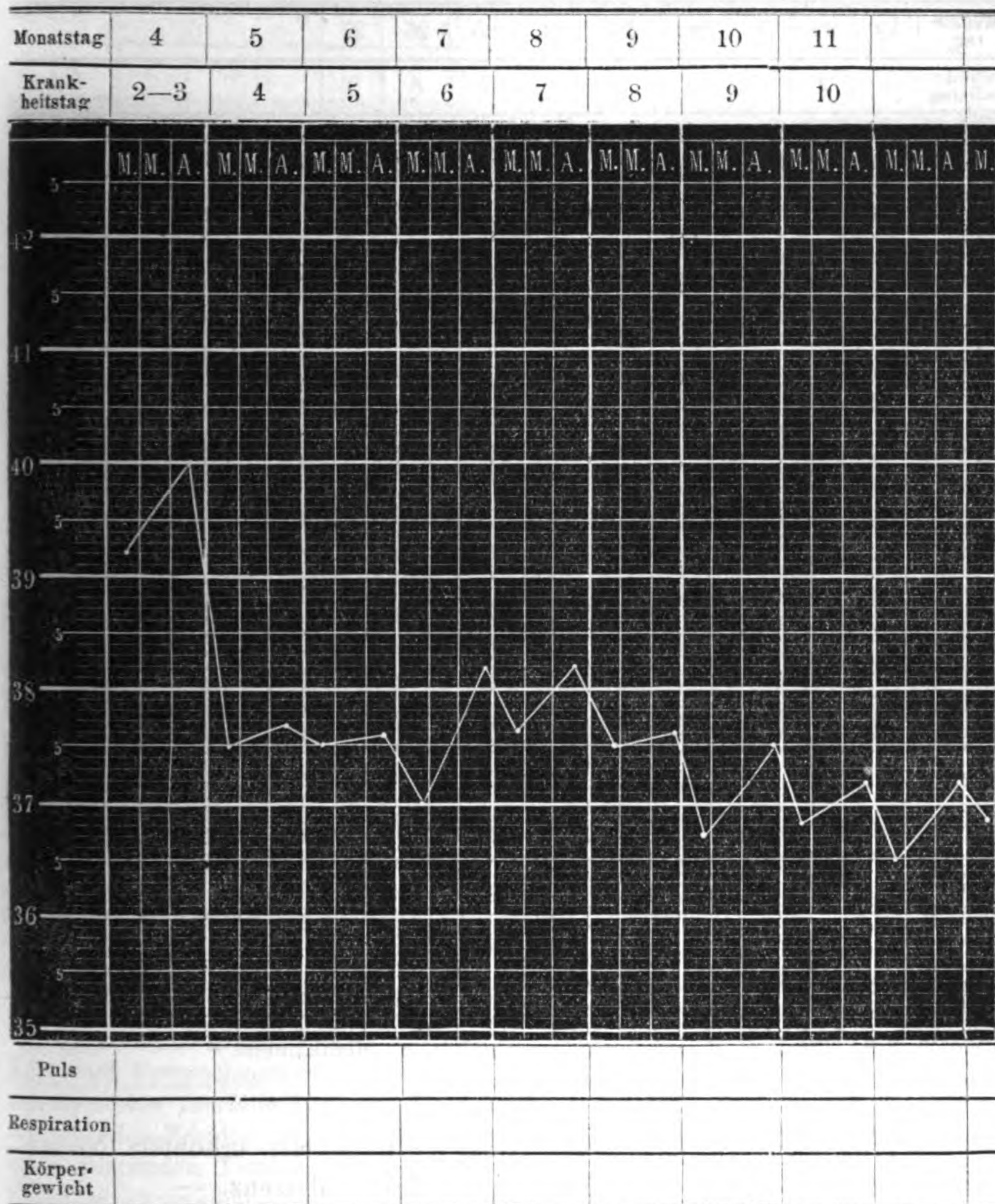
No. 2. *Normaler Verlauf eines mittelschweren Denguefalles.* **August 1889.**



Bemerkungen. Junger Mann von 28 Jahren. Erkrankung ohne Prodrome. Rekonvalescenz ohne Fieber, aber 12 Tage dauernd. Skarlatiniformes Exanthem am 4. Tage früh bemerkt. — Stirn- und Hinterkopfschmerzen. Geschundene Zunge. Fötider Atem. Starke periartikuläre Schmerzen. Keine Conjunctivitis. Diarrhöen ohne Medikament. Therapie: Acid. hydrochloric. Eis. Sekt. Nachts 2 g Salfonal.

Nachschübe sind in unserer Epidemie nicht sehr häufig gewesen. Am 6. Tage etwa wurden die meisten beobachtet; das Fieber stieg gewöhnlich nicht zur früheren Höhe, alle Symptome waren etwas weniger ausgesprochen, das Exanthem erschien rascher, entsprach nicht immer dem

No. 3. *Dengue mit Rechute — typisch — am sechsten Tage.* November 1889.

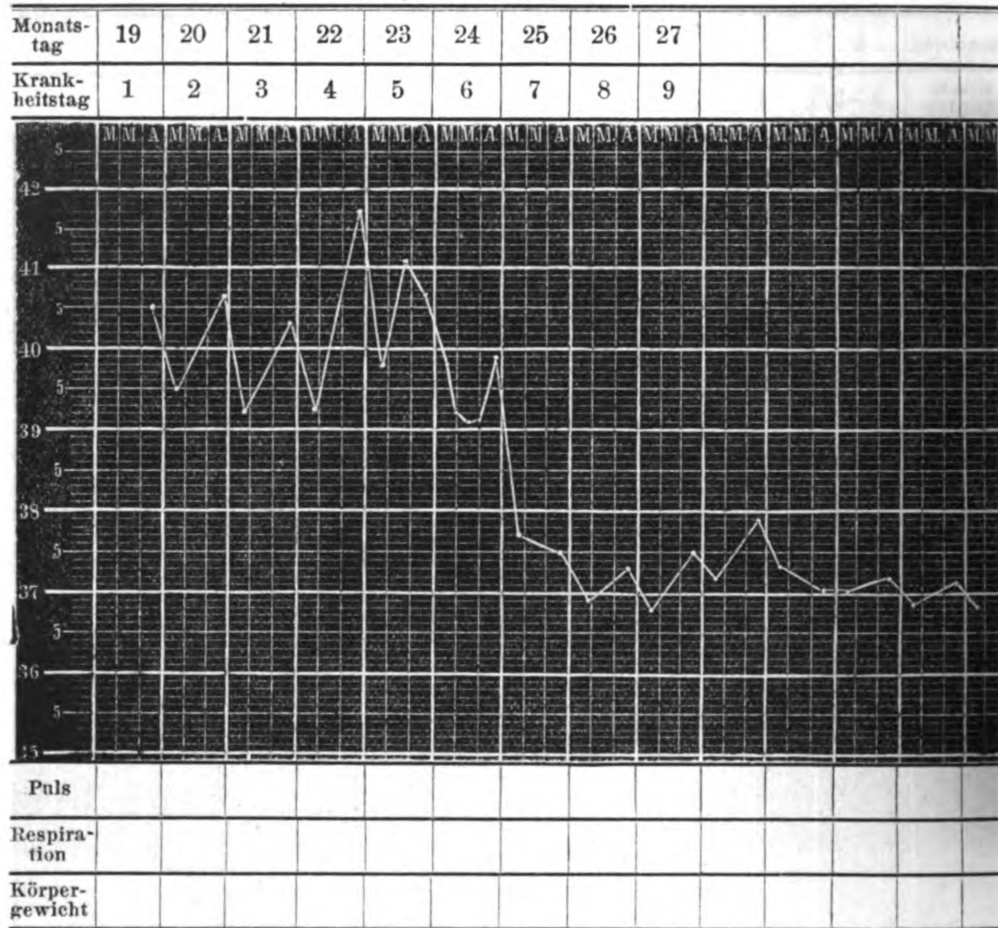


Bemerkungen. Knabe mit geheilter Coxitis im Krankenhause. Wurde nicht gleich gemessen. Am sechsten Tage, nach Verschwinden des Exanthems, Wiederansteigen des Fiebers. — Leichte Rekonvalescenz, aber grofse Abmagerung.

ersten und verschwand rascher wieder; der Nachschub liefse sich als „Miniaturausgabe" des ersten Anfalles charakterisieren.

Das Dengue ist also als eine exquisit kontagiöse, exanthematische, fieberhafte Erkrankung zu bezeichnen, die meist ohne Prodrome einsetzend in 2, resp. 3 Stadien verläuft: einem 3—4tägigen fieberhaften,

No. 4. *Dengue. Schwerer Fall bei einem Neger.* Oktober 1889.



Bemerkungen. James, Neger von ca. 30 Jahren. Alle Symptome eines schweren Dengue-Fiebers: Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Wadenschmerzen, schlechter Geschmack. Dengue-Zunge; plötzliches Einsetzen der hohen Temperatur. Ein Exanthem bei dem Neger nicht zu konstatieren. — Abfall ohne Medikament.

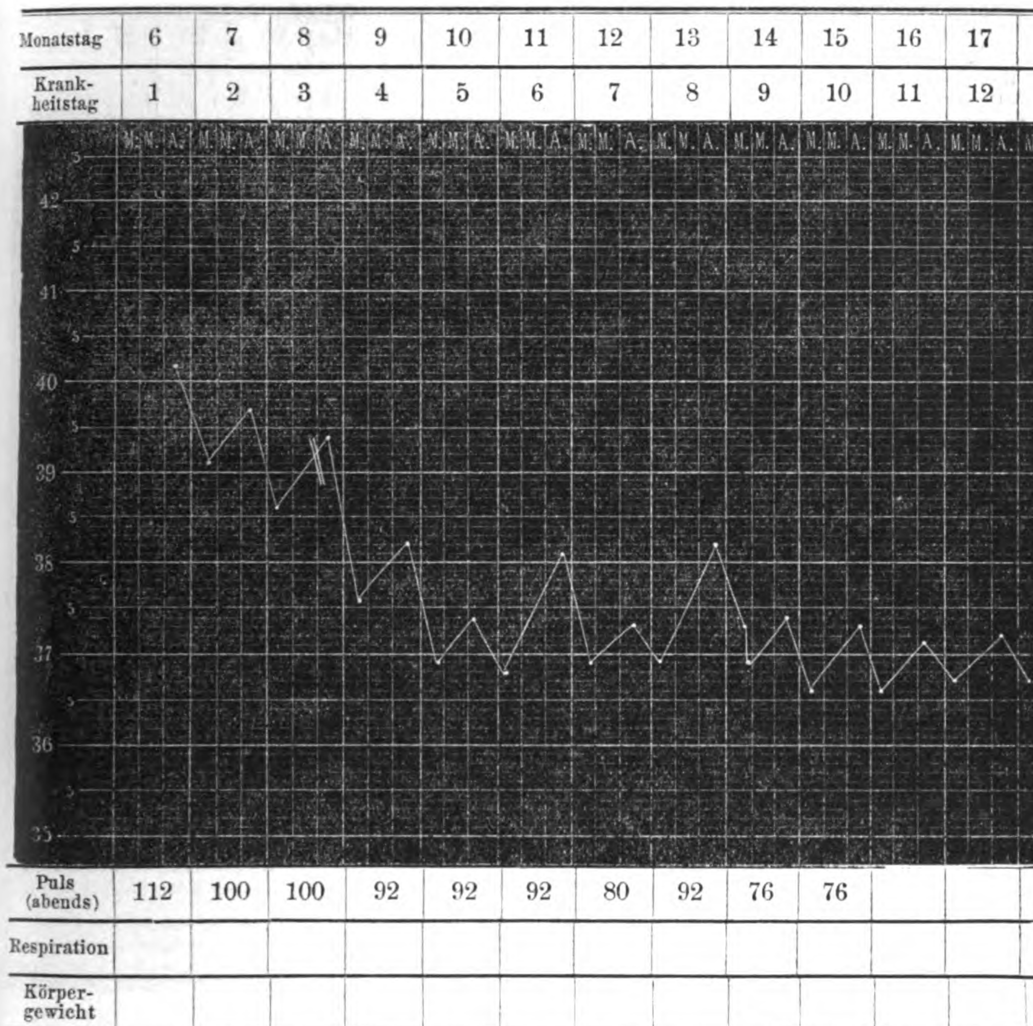
einem meist kürzeren exanthematischen Stadium mit erhöhten Normaltemperaturen und einer sehr langwierigen Rekonvaleszenz. —

Anatomie. Bei der grofsen Flüchtigkeit des Exanthems sind bedeutende anatomische Veränderungen kaum zu erwarten.

An Schnitten von frisch excidierten gefrorenen Hautstückchen erscheint die Hornschicht in ihren einzelnen Lamellen etwas gelockert, die Zellen der Stachelschicht etwas auseinandergedrängt.

Dieses auf seröse Transsudation in die Oberhaut zu deutende Bild wird durch die Untersuchung gehärteter und in Alaunkarmin gefärbter Schnitte bestätigt. Wir finden pralle Füllung der Papillargefäfse, stellenweise fast zur Berstung; ebenso zeigen die Gefäfse in der Umgebung der

No. 5. *Dengue. Intermittierender Typus.* Oktober 1889.



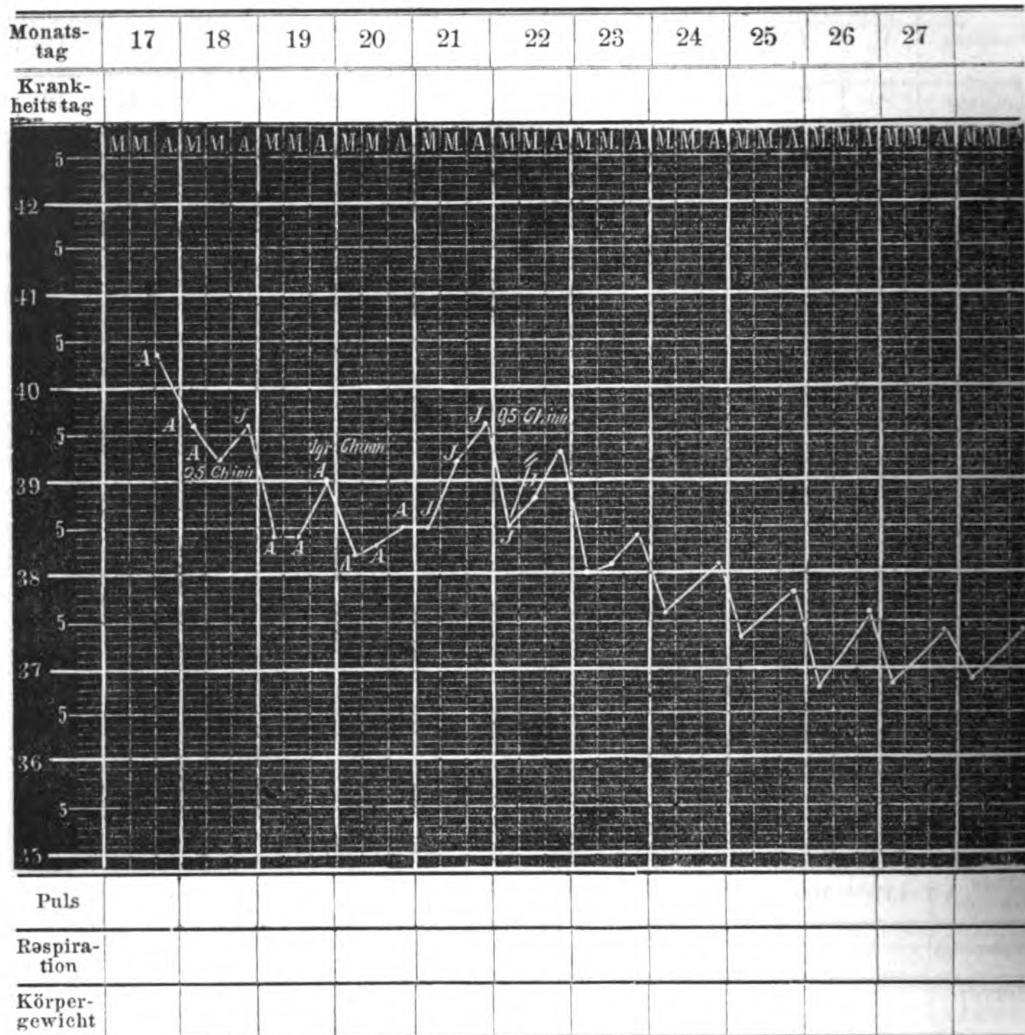
Monatstag	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Krankheitstag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Puls (abends)	112	100	100	92	92	92	80	92	76	76		
Respiration												
Körpergewicht												

Bemerkungen. Junges Mädchen von 18 Jahren. Keine Prodrome. Starke Kopf- und Kreuzschmerzen. Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit. Am 3. Tage ein enorm ausgebreitetes morbillenähnliches Exanthem; rote Flecke auf der Schleimhaut des Rachens, des Mundes. Heftige Conjunctivitis. Das Exanthem bestand 4 Tage. Die intermittierenden Temperatursteigerungen wurden stets durch leichtes Frösteln und Unbehagen angekündigt. Sehr rasche Rekonvalescenz.

Drüsenausführungsgänge starke Füllung. Zellauswanderung habe ich nirgends konstatieren können.

Die Prognose beim Dengue ist eine durchaus günstige. Abgesehen von der Rekonvaleszenz, von etwaigen länger persistierenden Magen- oder Darmkatarrhen und vielleicht sehr selten Störungen des Gehöres (Morice und der oben erwähnte Fall von Blutung aus dem Mittelohr)

No. 6. *Dengue mit Intermittens kompliziert.* Oktober 1889.



Bemerkungen. A. Achsel. J. After. Relatives Wohlbefinden. Fall ohne Denguesymptome. Früher Malaria. Grofser Milztumor; deshalb Chinin, dessen Einflufs (19) sichtbar, aber nicht ausgiebig. Am 6. Tage ein besonders auf der Beugeseite der Arme und am Stamm ausgebreitetes, kleinpapulöses Exanthem, das innerhalb 36 Stunden verschwindet. Schnelle Rekonvalescenz.

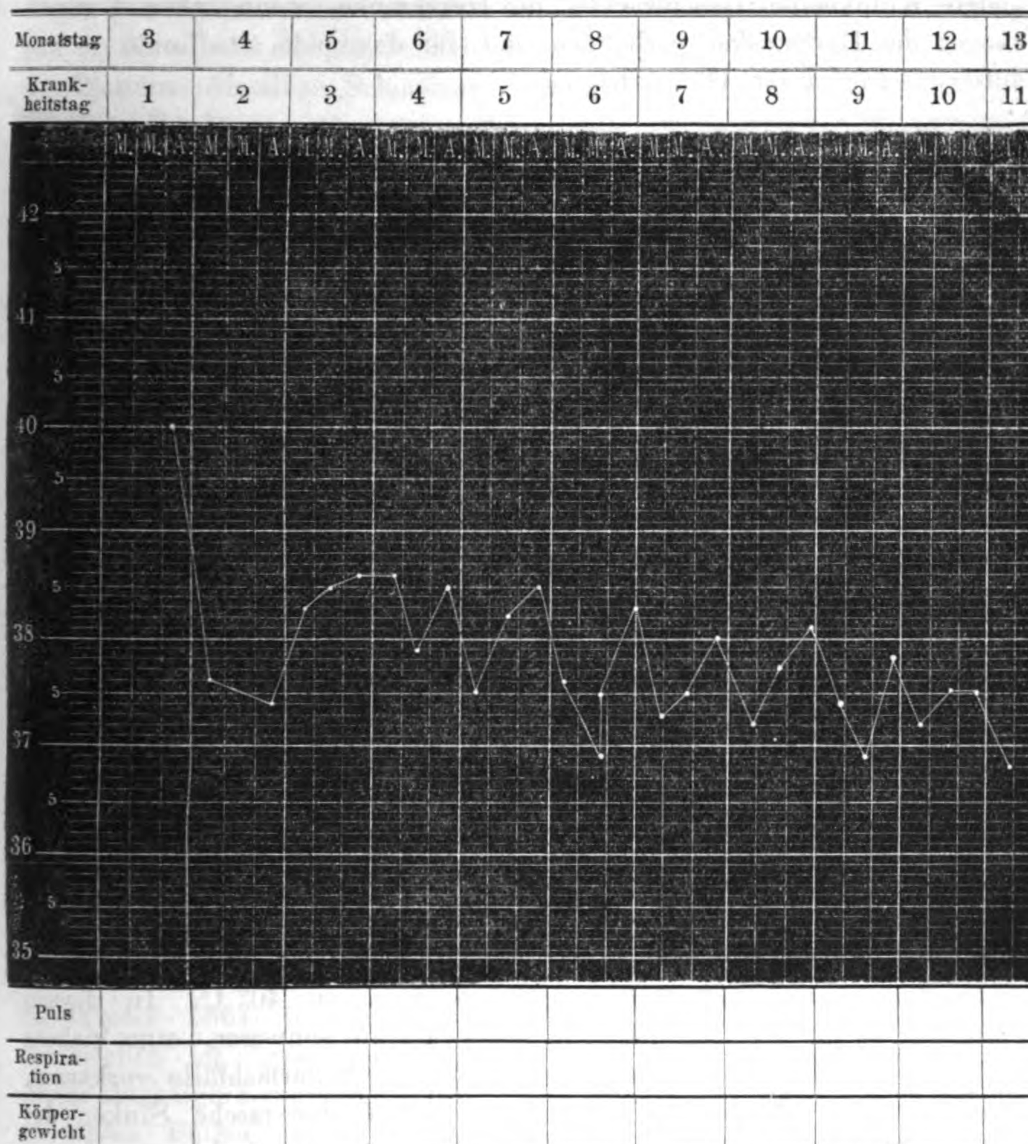
---

geht die Krankheit in weitaus der Mehrzahl der Fälle in absolute Genesung über.

Ihre mittlere Dauer beträgt etwa 5 Tage.

Nach ZUELZER betrug die Sterblichkeit in den schwersten Epidemien $^1/_2$%; hier läfst sie sich nicht berechnen, da es eine Statistik nicht gibt und von einer derartigen Krankheit, die von den meisten Patienten ohne Arzt abgemacht wird, auch kaum geben kann. Wenn man aber die Behauptung der Ärzte — die durchaus nichts Unwahrscheinliches hat —

No. 7. *Dengue mit luetischem Exanthem.* November 1889.



Bemerkungen. Lues praecox gravis. Bei bestehenden Sekundärerscheinungen — psoriatiformes Syphilid an den Vorderarmen, papulo-ulceröses Syphilid des Kopfes — nach hoher Temperatursteigerung am dritten Tage: Annuläres Syphilid über den ganzen Rücken, papulöses auf den Armen. Aber unter dem Syphilid, und aufserdem auf Brust und Bauch ein roseolaartiges Exanthem, das nach 3—4 Tagen vollständig verschwunden ist; sehr schnell verschwindet auch das annuläre Syphilid auf dem Rücken, während die vorher bestandenen Affektionen fortbestehen.

---

annimmt, dafs $^4/_5$ der Bevölkerung erkrankt seien, und dem gegenüber stellt, wie wenig gerade die beschäftigsten Ärzte von Todesfällen zu berichten haben, so ist für hier 1‰ noch zu hoch gegriffen.

Gefahren hat das Dengue nur für ganz kleine Kinder, für durch andere Krankheiten Geschwächte, für Herzkranke, wenn schon Veränderungen des Herzmuskels vorhanden sind, für dekrepide alte Leute — und äufserst selten durch Hämorrhagien.

Die Diagnose des Dengue ist für den, der es einmal gesehen, nach dem Mitgeteilten nicht schwer; von Wichtigkeit ist es, im gegebenen Falle, im Beginn der Epidemie, die richtige Diagnose zu stellen.

Während der Epidemie ist die Gefahr viel gröfser, dafs unter der Etikette Dengue nicht sehr unliebsame Überraschungen zutage kommen. Besonders schwierig wird häufig die Diagnose, wenn gleichzeitig noch Epidemien anderer exanthematischer Krankheiten herrschen.

Eine Verwechselung mit Rheumatismus articul. acutus ist wohl kaum möglich — besonders in der hiesigen Epidemie konnte davon kaum die Rede sein. Aufserdem, wenn wirklich Gelenkschwellungen auftreten, so wird der rasche Temperaturabfall und das damit einhergehende Verschwinden der Schwellung bald jeden Irrtum beseitigen.

Sehr ähnlich kann dem Dengue- das Masernexanthem sein; da nun auch die Masern rasch ablaufen, beim Dengue ebenfalls starke Conjunctivitis beobachtet wird, so wäre ein Irrtum möglich, wenn nicht mit dem Exanthem im Dengue auch das Fieber vollständig fiele — was ja bei den Masern nicht der Fall ist.

Viel schwerer ist häufig die Entscheidung zwischen Scharlach und Dengue. In einem Falle trat am 3. Tage ein absolut scharlachartiges Exanthem auf; es bestand leichte Angina von Anfang; das Kind bekam am 5. Tage einen Nachschub mit Temperatur von 40° C. In diesem Falle war es für die behandelnden Ärzte um so schwerer, eine sichere Diagnose zu stellen, als gleichzeitig vereinzelt Scharlachfälle vorkamen. Das schnelle Verschwinden des Exanthems und das rasche Sinken der Temperatur während des Nachschubes klärten bald die Sachlage auf.

In anderen Fällen können der beschleunigtere Puls bei Scharlach und besonders die bei Dengue seltene Albuminurie Aufschlufs geben.

Nach dem was wir oben mitgeteilt haben, kam es in der Epidemie von Konstantinopel auch einigemal vor, dafs man zwischen Dengue und Meningitis zu unterscheiden hatte. Eigentümlich ist folgende Erscheinung, die sich wie bei der Meningitis, so auch beim Dengue, findet. Zieht man mit einem spitzen Gegenstand einen Strich auf der Haut, so entsteht ein nicht lange persistierender roter Strich — ein Umstand, der auf eine entschiedene Mitbeteiligung resp. Reizung der Meningen beim Dengue hindeutet. So mufs man häufig die Diagnose einige Tage in suspenso

lassen; der rasche Ablauf und die vollkommene Genesung nach wenigen Tagen entscheiden dann von selbst, wenn es Dengue ist.

Aufserordentliche Ähnlichkeit hat der Beginn des Dengue mit dem der Blattern; dieselben Schmerzen im Kreuz, im Kopf, in den Gliedern, dieselben Verdauungsstörungen. Wenn nun während einer Dengue-Epidemie ein Klient mit derartigen Klagen vorgestellt wird, so liegt der Gedanke an Blattern — wenn nicht gleichzeitig eine Blatternepidemie herrscht — sehr fern. So sind mir 2 Fälle bekannt geworden, in denen zuerst die Diagnose Dengue gestellt wurde — in einem Falle war ich selbst beteiligt — und wo man nach einigen Tagen durch ein verdächtiges Exanthem aus der Ruhe aufgeschreckt wurde.

Beginn und Verlauf der ersten Tage können sich sehr gleichen; einen Anhalt für die Differentialdiagnose gewinnt man aus dem Fortbestehen des Fiebers nach Erscheinen des Exanthems — was bei Dengue nicht der Fall zu sein pflegt — und aus der Lokalisation des Exanthems in der Unterbauchgegend und Innenseite der Oberschenkel. Das gleichzeitig am übrigen Körper bestehende Exanthem braucht nichts von Dengue Verschiedenes zu haben.

Erschwert wird die Diagnose manchmal durch gleichzeitig bestehende anderweitige Erkrankungen, z. B. Intermittens; dadurch kann das ganze Krankheitsbild derartig verschoben werden, dafs eine Diagnose kaum möglich ist. Ein Beispiel dafür habe ich in Kurve 6 mitgeteilt; in diesem Falle blieb die Diagnose bis zum Erscheinen des Exanthems schwankend zwischen Dengue mit Intermittens oder Typhus. —

Zuelzer erwähnt noch als wichtig für die Differentialdiagnose: Influenza (Grippe) und Erythem.

Gerade eine hier in Konstantinopel beobachtete Grippe-Epidemie, im Winter 1867—68, die von Marroin (*Archiv de médec. nav.* 1868) beschrieben ist, „wurde von Morice zum Dengue gerechnet, weil sie durch flüchtige Exantheme ähnlich den Masern und dem Scharlachfieber in vielen Fällen ein dem Dengue analoges Bild darzubieten schien.“ (Zuelzer.)

Influenza ist aber nicht kontagiös, Dengue exquisit kontagiös. Bei Dengue tritt die Erkrankung der Schleimhäute gar nicht oder sehr unbedeutend hervor, während sie bei Influenza im Vordergrunde der Erkrankung steht.

Eine Verwechselung mit Erythema exsudativum multiforme halte ich nach dem, was ich gesehen habe, für ausgeschlossen.

Therapie. Es war hier zum stehenden Axiom geworden, dafs zunächst ein tüchtiges Abführmittel gegeben werden müsse.

Ungefähr sämtliche Abführmittel — besonders aber Hunyadi Janos

— und sämtliche Antipyretica wurden von den verschiedenen Kollegen empfohlen und „brillante Erfolge“ derselben gerühmt. Aber mit mir stimmt eine grofse Zahl der Kollegen darin überein, dafs man keinem Mittel einen spezifischen, hervorragend günstigen Einflufs, besonders keinen abkürzenden, zuschreiben könne.

Die Rekonvaleszenz würde bedeutend abgekürzt, wenn die Patienten möglichst lange Bettruhe hielten. Absolute Enthaltung von irgend konsisterer Nahrung, bei Darreichung von rohem Eis, geeistem Sekt, Limonade und, gegen den schlechten Geschmack, einem Mundwasser-Kali chloricum etc. und etwas Salzsäure kürzten die lästigen Symptome von seiten des Magens entschieden ab.

Das einzige Medikament, das einige Kollegen entschieden lobten — eigene Erfahrungen habe ich darüber nicht —, war das Antipyrin, häufig in kleinen Dosen von 0,25—0,5 gereicht. Es soll eine relative Euphorie hervorbringen. Aber bei einer so benignen, typisch verlaufenden Krankheit versteht es sich von selbst, dafs der Arzneischatz nicht übermäfsig in Thätigkeit gesetzt zu werden braucht.

Gegen die quälende Schlaflosigkeit leistete mir das Sulfonal besonders deshalb gute Dienste, weil es von auffallend geringem Einflufs auf den Magen blieb.

Wegen des entschieden ungünstigen Einflusses auf den Magen ist beim Dengue die Darreichung — allgemein wurde dies bestätigt — von Chinin geradezu kontraïndiziert.

In der Rekonvaleszenz oder in länger dauernden Fällen wurde der Allgemeinzustand durch laue Bäder günstig beeinflufst.

Nicht genug kann vor der kritiklosen Darreichung von Abführmitteln gewarnt werden. Das Hunyadi-Janos war hier derartig zur Panacee erhoben worden, dafs Ende September der Vorrat vollständig erschöpft war — in einer Seestadt mit ca. 1 Million Einwohner! — und der Preis bedeutend — um 60% — aufgeschlagen wurde.

Häufig besteht schon Diarrhöe oder sie stellt sich bald ein; durch die kritiklose Darreichung sind, meiner Meinung nach, eine Reihe schwerer, durch Darmkatarrhe komplizierter Rekonvaleszenzen veranlafst gewesen, die ich zu sehen Gelegenheit hatte. —

Prophylaxe. Bei der Benignität der Erkrankung wird man sich kaum irgendwo grofse Fesseln für Handel und Gewerbe auferlegen wollen. Bei der kurzen Inkubationsdauer würde ja übrigens schon eine 5tägige Quarantäne genügen.

Besteht eine Epidemie, so ist die beste Prophylaxe, jeden Kontakt mit infizierten Häusern und Familien zu vermeiden. Bei der grofsen

Kontagiosität, und da das Kontagium auch durch Gegenstände vermittelt wird, ist Vorsicht ziemlich überflüssig — man mufs das „Kismet" walten lassen.

Konstantinopel, 3. Dezember 1889.

Nachträgliche Bemerkung. Der in obiger Arbeit pag. 84 citierte Arzt heifst Dr. VAN MILLINGEN (nicht MILINGON). Es handelt sich nach ihm nicht um Iridochoroiditis metastatica infolge von Meningitis cerebrospinalis, sondern um eine dieser Affektion ähnliche „Entzündung der Pia im Gefolge des Dengue."

Gegenüber einigen von verschiedenen Seiten geäufserten Vermutungen, als ob das Dengue mit der Influenza doch identisch sei, mnfs ich meine oben (pag. 137) erwähnte Ansicht, dafs es sich um zwei durchaus verschiedene Infektionskrankheiten handelt, entschieden aufrecht erhalten.

VON DÜRING.

Versammlungen.

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

(Nach *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1889.)

19. Sitzung.

A. TROUSSEAU führt 2 Kaninchen vor, denen er **Lupus**-Teile aus der Conjunctiva einer Frau erfolgreich ins Auge geimpft hat. Die Lupus-Partikelchen wurden zuerst völlig resorbiert, und erst längere Zeit später bildeten sich im Auge frische Knötchen. — QUINQUAUD hat durch Überimpfung von Lupus bei Kaninchen ausgesprochene Tuberkulose erzeugt.

COMBY: **Syphilis hereditaria; Sarcocele syphilitica** bei einem Kind von 6 Wochen. Ausschlag und Sarcocele des rechten Nebenhodens. Vater luetisch. — FOURNIER: Ihm sei bisher noch kein Fall mit Syphilis des Nebenhodens bekannt gewesen.

HALLOPEAU: Patient mit zahlreichen **Neurofibromen** unter der Haut und teilweise mit ihr verwachsen. Die Tumoren bestehen seit 8 Jahren, sitzen am ganzen Körper und sind bis haselnufsgrofs, fühlen sich fest an, sind etwas druckempfindlich. Seit einigen Tagen besteht eine Facialis-Lähmung. H. hält diese Tumoren, oder wenigstens die Anlage dazu, für angeboren. — Ebenso E. BESNIER, der sie mit den Naevi gleichstellt, mit denen sie häufig auch zusammen vorkommen. — VIDAL: Solche Knoten können, je nach ihrem Sitz, wesentlich voneinander verschieden sein.

PORTALIER stellt einen Mann mit **Vaccina ulcerosa** vor. Von 3 Pusteln war nur eine aufgegangen, und diese war geschwürig geworden und sieht aus wie ein experimentaliter überimpfter weicher Schanker. Mit derselben Lymphe sind später noch 44 Personen geimpft, von denen aber noch keine Nachrichten vorliegen.

E. Besnier stellt einen Kranken vor, dessen Ausschlag er **Xerodermia pilaris erythematosa progressiva**, s. Ichthyosis rubra (Folliculitis rubra nach Erasmus Wilson) nennt. Der Ausschlag besteht aus einer Menge kleiner roter Pünktchen, die, wie die Ichtyosis pilaris, über Gesicht und Extremitäten verbreitet sind und teils über die Haut hervorragen, teils nicht. Die Haare auf den einzelnen Elementen sind abgebrochen oder atrophisch. Besonders ausgesprochen ist der Ausschlag an den Augenbrauen und dem Bart; hier streben die wenigen, übrig gebliebenen Haare nach allen Richtungen auseinander. Patient fühlt sich durch sein Leiden in keiner Weise belästigt; die Krankheit hat einen fortschreitenden Charakter. — Brocq: Im Beginn der Krankheit fehlt die Röte, es bestehen dann nur weifse Papeln; übrigens kommen verschiedene Varietäten vor. — Vidal: Auch bei diesem Exanthem gibt es, wie bei der Akne rosacea, kongestive Schübe, mit deren Häufung auch die Röte zunimmt.

Feulard: 28jähr. Frau mit **Pityriasis rosea Gibert.** Bemerkenswert ist, dafs der Ausschlag, wie in den von Brocq mitgeteilten Fällen, mit einer „Plaque initiale" begonnen hat, und dafs auch bei dieser Frau, wie in einem früher von Feulard vorgestellten Fall, bedeutende Magenerweiterung besteht. *Türkheim-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zum Studium der runden Streifen oder atrophischen Stellen nach einfachen oder syphilitischen papulösen Ausschlägen, von F. Balzer und Th. Reblaub. (*Annales de Derm. et de Syphil.* 1889. Heft 7.) Nach Papel-Ausschlägen, namentlich aber nach papulösen Syphiliden bleiben bisweilen Streifen (vergetures) oder atrophische Flecke in der Haut zurück. Die Verff. haben sie nun auch nach einem Fall von Erythema polymorphum, das im Verlauf einer Syphilis auftrat, beobachtet und geben in dieser Abhandlung eine Erklärung für das Zustandekommen derselben. Nach ausführlicher Mitteilung der interessanten Krankengeschichte fassen sie das hier in Betracht Kommende kurz zusammen. Es entsteht zuerst eine blasse oder rote Papel von wechselnder Gröfse; dieselbe hinterläfst einen deutlich begrenzten, dunkelblauen Fleck, unter dem sich eine Einsenkung der Haut in Form einer kleinen Delle mit etwas erhabenem Rand bildet. Der Vorgang spielte sich oft in wenigen Tagen ab. — Der Verfasser nahm an, dafs diese Dellen bedingt seien durch eine Spaltung des elastischen Bindegewebes der Haut infolge von Exsudation. Die Exsudation ist sogar im stande, die Bindegewebsmaschen, entweder durch direkte mechanische Gewalt oder durch Druckatrophie zu sprengen. Für den Fall ihrer Beobachtung denken Verfasser mehr an die erstere Möglichkeit, da es sich um eine abgemagerte Person mit schlaffer Haut handelte. Vielleicht auch sei diese Schlaffheit der Haut, die man bei manchen Patienten antrifft, Folge häufiger Fluxionen, die im Verlauf des Ausschlags auftreten und zu einer Schwächung des elastischen Bindegewebes der Haut führen können. Denn bei zahlreichen Hautkrankheiten seien die in die Augen springenden Elemente, wie Papeln und Pusteln doch, wohl nur Teilerscheinungen eines ausgedehnten Prozesses, der in scheinbar verschont gebliebenen Hautteilen noch weitere Spuren hinterläfst. — Etwas anders verläuft im ganzen die häufigere Rifsbildung bei papulösen Syphiliden; hier sind nämlich das seröse Exsudat und die Hautspannung minder stark, dafür dauert der Ausschlag aber länger und vermag so durch längere Einwirkung dieselben Folgezustände zu erzeugen.

Türkheim-Hamburg.

Behandlung der Alopecie. Prof. Bartholow verschreibt gegen die Alopecia areata folgende Mischung:

℞	*Extr. aqu. Pylocarp.*	30,0
	Tinct. Cantharid.	15,0
	Linim. saponat.	170,0

M. D. S. Friktionen des Haarbodens mit dieser Lösung einmal im Tage.
(*Canad. Pract.* No. 4. 1889.) *Gründler-Dresden.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Über multiple symmetrische Xanthelasmen und Lipome, von J. Ehrmann. Dissertation. Heidelberg. Nach einigen einleitenden Worten über die symmetrischen Geschwülste im allgemeinen und kurzer Rekapitulation der hierher gehörigen Beobachtungen geht E. zur Beschreibung der symmetrischen Xanthelasmen über, von welchen er 2 Fälle (Brüder) eingehend behandelt. In derselben Familie beobachtete E. noch 2 weitere Fälle. Bei den zuerst erwähnten Brüdern trat das Leiden im fünften Lebensjahre auf, zunächst als unscheinbare Pünktchen und flache Flecke. Bei dem einen entwickelte sich auch im rechten Augenlide ein Knötchen, was der Annahme widerspricht, als ob beim infantilen Xanthelasma das Augenlid immer freibliebe. Aufserdem entwickelten sich an verschiedenen und symmetrischen Stellen des Körpers im subkutanen Gewebe sitzende und mit verdünnter oder normaler Haut versehene, oder in der Cutis gelegene, gelbliche, bohnen-, linsen-, fünfmarkstückgrofse Tumoren, von denen einzelne mit den benachbarten Sehnen verwachsen sind. Der eine zur Exzision gelangte Tumor war zwischen die auseinandergedrängten Faserbündel der Achilles-, wie der Tricepssehne hineingewachsen, so dafs auf die vollständige Entfernung desselben verzichtet wurde.

Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose. Auf Grund der ersteren kommt auch E. zu der Ansicht, dafs es sich hier um eine „aus gewucherten Bindegewebszellen mit massenhafter Fetteinlagerung bestehende Neubildung handelt.

Mit Rücksicht auf die in der Litteratur enthaltenen ähnlichen und die von ihm mitgeteilten Fälle legt E. besonderes Gewicht auf das erbliche Moment. Hinsichtlich der Pathogenese hält E. die Waldeyersche Ansicht von der Persistenz der sogen. Plasmazellen und in der wieder erweckten Fähigkeit derselben, sich mit Fetttröpfchen zu füllen, ohne wirkliche Fettzellen zu werden, für die richtigste.

Bei den symmetrischen Lipomen finden wir nach einer Zusammenstellung der ähnlichen schon früher publizierten Fälle die Beschreibung von 5 in der Heidelberger chirurgischen Universitätsklinik zur Beobachtung gelangten Fällen. Ein Teil derselben kann nach E. zur Polysarcie gerechnet werden, andere, bei fettarmen Leuten, sind „Produkte einer neuropatischen Hautaffektion.“ *Török-Hamburg.*

Akute Infektionskrankheiten.

Gleichzeitiges Auftreten von Varicellen und Scarlatina, von E. Tordens. (*La Clinique.* 1889. No. 8.) Im Einverständnis mit mehreren Kinderärzten und im Gegensatz zu Hebra und Kaposi gibt T. die Möglichkeit der Koexistenz zweier

akuten Exantheme zu. Er stützt sich dabei auf seine eigene Beobachtung bei einem 3jährigen Kinde. Handelte es sich in Wirklichkeit um Scarlatina? Der Autor hatte den kleinen Patienten nur einmal gesehen und dann keine Nachrichten mehr über ihn erhalten. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Idioneurosen.

Behandlung der Psoriasis mittels Menthol, von Eloy. (*Allgem Medic. Centralztg.* No. 73. 1889.) Gegen das oft lästige Hautjucken bei chronischem Ekzem, Urticaria, Pruritus senilis etc. empfiehlt Verf. das Menthol als spirituöse Tinktur (1—3 Tle. Menthol, 50 Tle. Alkohol) oder als Liniment (Menthol 3 Tle., Ol. oliv. Lanol. ꝫ 30. Tle.). In hartnäckigen Fällen scheint es nötig, die Mentholmenge auf 10—15 % zu vermehren. Bei chronischem Ekzem verordnet er daher: Menthol 2—10 part., Bals. Peruv. 5 part., Lanol. 100 part. *Gründler-Dresden.*

Verhalten und Häufigkeit der Prurigo in Amerika, von Dr. Zeisler. (*New York Med. Journ.* Vol. L. No. 17.) Dr. White erklärte im Jahre 1876, daſs Prurigo in Amerika überhaupt nicht vorkäme. Seit der Zeit hat es sich indessen herausgestellt, daſs die Krankheit hier wirklich vorkommt, wenn auch in milderer Form. Von 1370 Fällen der öffentlichen Praxis des Verf.s waren 12 Prurigo, und davon wieder 6 Prurigo mitis. Von 1108 in der Privatpraxis beobachteten Fällen waren 3 Prurigo gravis und 6 Prurigo mitis. Das würde also einen Prozentsatz von ungefähr 0,876 ergeben. Nur einer von obigen 12 Fällen war von amerikanischen Eltern geboren. Öfteres Baden ist eines der besten Heilmittel für diese Krankheit, und das seltene Auftreten der Affektion in Amerika mag vielleicht von der gewissenhafteren Körperpflege der hiesigen Bevölkerung herrühren. (? Red.)

Leviseur-New York.

Sekretionsanomalien.

Gegen **Fuſsschweiſse** wird in der schweizerischen Armee ein aus 2 Tln. Alaun auf 10 Tle. Talk bestehendes Pulver benutzt, das sich bestens bewährt haben soll; es ist ungiftig und auch für wunde Füſse gut verwendbar, was die Chromsäure nicht ist. (*Münch. Med. Wochenschr.* 1889. No. 25 u. 26.) *Eckart-Nürnberg.*

Einseitiges Schwitzen teilt Mac Donnedt (*Americ. Journal.* 1888. April) als bei einem 62jährigen Barbier mit Anarysma der Brustaorta beobachtet mit. Das Gebiet der schwitzenden Haut entsprach den 5. und 6. Interkostalnerven, die von dem Tumor sehr wahrscheinlich gedrückt wurden. *Pauly-Nervi.*

Pathologie und Therapie des Urogenital-Systems.

Über Prostataabscesse, von Prof. Dittel (Wien). (*Wien. klin. Wochenschr.* 1889. No. 21—23.) Eine erschöpfende Arbeit des Wiener Altmeisters, in gewohnter Klarheit und Prägnanz, liegt vor uns. Sie eignet sich nicht zum kurzen Referat. Hier sei nur hervorgehoben, daſs D. auch das Stadium der entzündlichen Infiltration bespricht,

an der Hand von 16 instruktiven Krankengeschichten nebst Abbildungen die Prostaabscesse und ihre Ausgänge abhandelt, die von ihm eingeführte **Ablösung der vordern Mastdarmwand** genau beschreibt und schliefslich „vor der Eröffnung eines Abscesses vom Rectum aus mit besonderem Nachdrucke warnt.“ (Den Infektionsträgern des Mastdarms eröffnet man eine Eingangspforte.) Ferner sei hingewiesen auf die Beschreibung von DITTELS **Stativ und Mandrin.** *Pauly-Nervi.*

Eklampsie infolge sehr enger Phimosis hat BOUVERET (Lyon) bei einem Kinde beobachtet, dessen Präputium und Glans sich in stetem Reizzustand befanden. Heilung durch Cirkumcision. Die damals sehr häufigen Anfälle sind seither — in 4 Jahren — völlig ausgeblieben. (*La Prov. méd.* 1889. No. 42.)

Pauly-Nervi.

Über blennorrhagische Synovitiden der Sehnenscheiden sprach M. POLASSON (Lyon) in der Soc. des sciences méd. vom 4. April 1888 (*La Prov. méd.*). Er beschäftigte sich eingehend mit dem flüssigen Inhalt, den Veränderungen der Scheiden und der Sehnen, endlich der Ausdehnung auf Periost und Knochen. — In der Diskussion warf HORAND ein, P. hätte den Gonokokkus in der Flüssigkeit der Synovitis suchen sollen. Weil jemand eine Urethral-Blennorrhöe habe, sei seine Synovitis noch nicht blennorrhagisch. — POLASSON sagt, eine andre Ursache für diese muko-purulente Flüssigkeit in der Synovialis seines Patienten, als die Blennorrhagie, hätte er eben nicht gefunden. Gonokokken hat er nicht gesucht. — RENAUT sagt, **die Auffindung des Mikroben sei nicht nötig,** um die Natur einer Läsion zu spezifizieren. Es kann auch lösliche Gifte geben. R. citiert einen Fall von gewöhnlichem Rheumatismus, der infektiös wurde dank der elenden Wohnung, wo der Kranke wohnte, die Infektion kann stattfinden direkt durch den Mikroben, aber auch à distance, unter gewissen Einflüssen. *Pauly-Nervi.*

In einer Sitzung der Soc. des sciences méd. zu Lyon am 25. Juli 1888 (*La prov. méd.*) nahm AUBERT (Lyon) das Wort bez. des von HORAND[1] und ERAUD ausgesprochenen Satzes, dafs **die Urethra der Frau der Hauptherd der gonorrhoischen Lokalisation** wäre. A. meint auch, es wäre ein grofses Mifsverständnis zwischen der Zahl der Urethral- und Uterinblennorrhöen. Im Uterus wäre es übrigens schwer, den Gonokokkus zu finden, denn sein Sekret ist so rahmartig (crémeux) und leicht auszubreiten, wie das der Urethra. Wie H., glaubt A., dafs man den Gonokokkus nie in den Follikeln fände. Kauterisation wäre in praxi verwerflich. In der Vulva des Weibes wäre der Gonokokkus sehr selten; in der des kleinen Mädchens sehr oft. A. schiebt dies auf die Differenz der Reaktion der beiden Mucosae. [Ob dies nicht eher mit der Hygiene i. e. Sauberhaltung der Erwachsenen gegenüber dem Kinde zusammenhängt? Ref.] In der Vagina fände man nicht Gonokokken — sind sie wirklich dort, so kommen sie wahrscheinlich aus dem Uterus —, also ist A. gegen die Bezeichnung **Vaginitis blennorrhoica.** Übrigens ist die Reaktion der Vagina sauer und der Gonokokkus befindet sich, wie man weifs, nicht wohl in sauren Flüssigkeiten. In den entfernten Orten — Blut, Gelenke, Perikard etc. — sind die Gonokokken noch nicht isoliert; so lange dürfe man daran zweifeln. Das Ansteckungsgebiet für den Mann ist überhaupt die Urethra. Urethraleiter hat viel mehr Gonokokken als Uterineiter. Alle Eiterkörperchen wären nicht Träger der Gonokokken, daher infiziert sich manchmal nur einer bei demselben Kontakt. [Wie aber, wenn der Ehemann sich regelmäfsig nichts holt und der seltenere Liebhaber stets eine

[1] S. *Monatshefte für prakt. Derm.* Bd. VIII. pag. 193.

gekränkte Urethra aus demselben Kontakt heimträgt? Gewöhnung an weniger aufregende Pfade? Ref.]

Clément ist über Auberts Zweifel über den blennorrhag. Rheumatismus erstaunt Wo soll man dann die brüsk einsetzenden Arthritiden bei Individuen rangieren, die Blennorrhöe sich zuziehen und ohne rheumat. Antecedentien sind? — Jullien hält die uterine Blennorrhöe für noch häufiger, als Aubert. Der Gonokokkus kann selbst in die Tuber gehen und so die sekundären Abscesse abgeben. Er glaubt auch, dafs der Mikrobe sich im Blute findet, und so wäre die Theorie des Rheumatismus sehr klar. In vielen Fällen ist die Blennorrhagie eine Allgemeinkrankheit.

Pauly-Nerri.

Bei **Tuberkulose des Hodens** ist die Kastration auf den franz. Chirurgen-Kongrefs (7.—13. Okt. 1889) zu Paris von Schwartz und Terillon warm befürwortet worden.

Die systematische „Curage“ der **tuberkulösen Prostata** wird von Le Dentu empfohlen. Er hat Erfolg damit gehabt. —

Der Einwand, den Queirel (Marseille) gefunden hat, ist von besonderem Interesse. Q. hält bei lokaler Tuberkulose chirurgische Eingriffe nur für gut, wenn sie bei den sogenannten Skrofulösen und den Kindern gemacht werden.

„Queirel operiert am Ufer des Meeres, das allein schon so glücklichen Einflufs auf die skrofulos-tuberkulösen Affektionen, besonders der Kinder, hat, sagt die *Province méd.*, deren Nummer vom 2. Nov. 1889 wir diesen Bericht entnehmen.

Pauly-Nerri.

Zur Ätiologie der Bartholinitis, von Dr. S. Pollacsek. (*Gyógyászat.* 1889 No. 44—45.) P. teilt aus der Poliklinik für Hautkrankheiten und Syphilis des Dr. Róna 2 Fälle von idiopathischer nicht blennorrhagischer Bartholinitis absceden̈s mit. Der erste Fall betraf ein 14jähriges Mädchen, dessen Hymen vollkommen intakt und bei welchem keine Blennorrhöe vorhanden war; der zweite Fall bezog sich auf eine seit 4 Tagen verheiratete Frau, deren Mann bei gründlicher Untersuchung keine Blennorrhöe zeigte; die Frau selbst ist Monate hindurch beobachtet worden, und nie zeigte sie Symptome einer solchen.

Nach Erörterungen der Modalitäten der Entzündungen der Bartholinischen Drüse verwirft Verf. die einheitliche Benennung Bartholinitis für alle entzündlichen Erkrankungen der Drüsen und ihrer Ausführungsgänge und acceptiert Rónas folgende Einteilung:

1. Catarrhus simplex ductus glandulae;
2. Gonorrhoea ductus glandulae mit nachweisbaren Gonokokken im Sekret (fast ausschliefslich bei Prostituierten vorkommende Form);
3. Bartholinitis abscedens idiopathica (Staphylokokkusinfektion);
4. Gonorrhoea ductus glandulae cum abscessu glandulae (enstanden durch Mischinfektion).

Róna-Budapest.

Ist die Entzündung der Bartholinischen Drüse eine blennorrhoische Affektion? (*Gyógyászat.* 1889. No. 35.) In diesem Artikel teilt Dr. Hugo Feleki folgende 2 Fälle mit:

I. Fall. Bei einer seit 4 Wochen verheirateten jungen Frau traten beim Coitusversuch stets heftige Schmerzen auf, so dafs dieser nie gelang und die Frau schliefslich wegen der heftigen Schmerzen gar nicht gehen konnte, infolge des häufigen Urindranges traten ebenfalls sehr heftige Schmerzen auf. Die Untersuchung konnte wegen allzugrofser Empfindlichkeit nur unter Narkose stattfinden. Feleki fand eine

rechtsseitige Bartholinitis ohne irgenwelche Zeichen einer Vaginal- oder Vulvar-Blennorrhöe, die spontan aufbrach. Nachher trat auch linkerseits ein Bartholinischer Abscefs auf, der gespalten wurde. Da der Verdacht bestand, dafs die Frau von ihrem Mann infiziert wurde, untersuchte er den Mann, fand aber bei ihm keine Spur von Blennorrhöe, ebenso konnten in dem, dem Abscesse entnommenen Eiter keine Gonokokken nachgewiesen werden.

II. Fall. Bei einer jungen 3 Monat schwangeren Frau, Mutter von 2 Kindern, fand F. eine linksseitige Bartholinitis; aufser einzelnen Reizsymptomen keine Spur einer Vaginal- oder Vulvar-Blennorrhöe; ebenso ist auch die Urethra ganz rein. Spontaner Aufbruch nach 2 Tagen anhaltender Ruhe und Umschlägen. Der Mann hatte vor 8 Jahren einen Tripper, zeigt nur negativen Befund. Während des länger dauernden eiterigen Ausflusses aus dem Abscesse verkehrte die Frau, wie dies auch im ersten Falle war, mehrmals geschlechtlich, ohne ihn infiziert zu haben. Das nach normalem Ablauf der Schwangerschaft geborene Kind hatte auch kein Augenleiden.

Aus diesen Fällen und den Beobachtungen anderer schliefst Dr. Feleki, dafs „man die Bartholinitis nicht als spezifische, gonorrhoische Affektion betrachten kann, dafs wir aus ihrer Anwesenheit nicht berechtigt sind auf Infektion zu schliefsen.

Róna-Budapest.

Ein geschichtlicher Beitrag zur Behandlung der Harnröhrenstrikturen, von Max Salomon. (*Internat. Centralbl. f. d. Phys. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. 1. N. 4.) Die älteste Mitteilung über dieses Thema stammt von Heliodor (Ende des 1. Jahrhunderts). Nach ihm entstehen die Strikturen „durch Fleischwucherungen nach einem Geschwüre.“ Entfernung durch ein spitzes Instrument, das an der strikturierten Stelle herumgewirbelt wurde. Hierauf wurden primitive Sonden eingelegt, um die Erweiterung der Striktur zu erhalten. Als Medikament wurde Honig eingeträufelt (Honig wirkt wegen seines Resorcingehaltes günstig auf die Verhornung und Überhäutung).

Nach langer Pause beschäftigte sich Andres Laguna (1499—1560) mit den Harnröhrenstrikturen. Er beschreibt dieselben als Folgen der Gonorrhöe. Gleichzeitig mit ihm behandelten noch Alfonso Ferri und Amatus Lusitanus dasselbe Thema, und hat sich namentlich der letztere um die Bougierung der Harnröhre grofse Verdienste erworben. Der Erfinder der Salbensonden ist Aldbrette, der Lehrer des Amatus.

P. Taenzer-Leipzig.

Einige Bemerkungen über die chronische Gonorrhöe, von A. Ebermann. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1889. No. 4.) Verf. wahrt sich die Priorität Oberländer gegenüber bezüglich der Beschreibung der folgenden endoskopischen Befunde bei chronischer Gonorrhöe.

Die Littréschen Drüsen entzünden sich gleichfalls bei akuter Gonorrhöe; nach Ablauf des akuten Stadiums bleiben noch Infiltrationen dieser Drüsen zurück, die sich einzeln oder inselartig auf der Harnröhrenschleimhaut verteilen. Sie sind als kleine Erhabenheiten auf der letzteren erkennbar. Diese Drüseninfiltrationen sind die Ursache chronischen Ausflusses. Manchmal bilden sie durch Schrumpfung oder Vernarbung Strikturen. Das Bild einzelner geschrumpfter Drüsen stellt sich als kleine, weifse, sternförmige Narbe dar; konfluieren mehrere vernarbte Drüsen, so bilden sie weifse Streifen oder Platten.

Durch Exulcerationen dieser Drüseninfiltrationen entstehen follikuläre Geschwüre.

Therapeutisch ist zu bemerken, dafs E. Granulationen und Exulcerationen zwei- bis dreimal wöchentlich mit 50%iger Höllensteinlösung betupft. Während der Ver-

narbung werden Zinnbougies eingeführt. Infiltrierte Schleimfollikel werden zwei- bis dreimal wöchentlich mit reiner Jodtinktur bepinselt, aufserdem wird zwei- bis dreimal täglich mit folgender Lösung gespritzt: Kalii jodati, Tinct. Jodi aa 0,5—1,0 : 100 Aq.

P. Taenzer-Leipzig.

Beitrag zur Kenntnis der Harnbereitung, von W. Zuelzer. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1889. No. 3 u. 4.) Die Versuche wurden an einem Manne mit Ekstrophia vesicae urinariae gemacht und zwar wurde der Harn von jedem Urether einzeln mittels besonderer Gefäfse aufgefangen, die sich gut an die Weichteile anschlossen.

1. Jodkalium zeigte sich bereits 5 Minuten nach der innerlichen Verabreichung im Harn.

2. Salicylsäure erschien frühestens 15 Minuten nach der Einnahme im Harn.

Die Ausscheidung der verabreichten Medikamente, resp. die Absonderung der normalen Harnbestandteile, erfolgte in beiden Nieren zeitlich und quantitativ ganz verschieden, meist stand die rechte Niere der linken gegenüber etwas zurück. Niemals war der Harn beider Nieren gleichmäfsig zusammengesetzt.

Verf. erklärt die Differenz in der Absonderung beider Nieren durch eventuelle verschiedene Blutmischung, oder durch die ungleichmäfsige Durchströmung beider Nieren in der Zeiteinheit, wobei nicht der Blutdruck sondern die Schnelligkeit des Blutstromes in beiden Nieren eine verschiedene in der Zeiteinheit sein soll, vorausgesetzt, dafs die specifische Energie immer als das wesentliche Moment einwirkt.

Die partiellen Atrophien, fötalen Lappungen, Infarkte, Narbenschrumpfungen, wodurch Sekretionsmaterial abgeschnürt wird, glaubt Z. von der Ätiologie der Sekretionsdifferenz ausschliefsen zu können, da z. B. Jod und Salicylsäure in beiden Nieren annähernd gleiches Verhalten darbieten.

Die Faradisation der Niere hatte zur Folge: gröfseres Harnvolumen, Verminderung des specifischen Gewichtes, Vermehrung des Stickstoffes und der Phosphorsäure in der nichtfaradisierten Niere. Bei Faradisation der Lebergegend ist die Ausscheidung der beiden letztgenannten Stoffe aus der linken Niere gröfser als aus der rechten.

Man kann also durch Faradisation einer Niere die Ausscheidung von Phosphorsäure und Stickstoff durch diese faradisierte Niere herabsetzen, was experimentell bewiesen wird durch die Kontraktion (der Längsdurchmesser wird kleiner, der Breitendurchmesser gröfser) und durch die dunkelrote Verfärbung derselben.

P. Taenzer-Leipzig.

Die Entfernung einer Blasengeschwulst per vias naturales nach vorausgegangener cystoskopischer Orientierung, von Professor Geza v. Antal. (*Orvosi Hetilap.* No. 39.) Professor Antal teilt folgenden Fall mit: Julie T., 32 Jahre alt, Opernsängerin in Budapest, leidet seit 6 Jahren an einem Blasenkatarrh und häufigem schmerzhaften Drang zum Urinieren in Intervallen von 10—15 Minuten; im September 1887 untersuchte A. sie cystoskopisch und fand am oberen Rande der Blasenmündung rechts von der Mitte eine mit glatter Oberfläche versehene sulzige Geschwulst. Am 10. November desselben Jahres wurde nach vorausgegangener Auswaschung der Blase mit 3 % Borlösung und Einspritzung von 15 ccm 5 % Cocainlösung und nachfolgender Füllung der Blase mit einer Borlösung eine gerade Urethralzange durch die Urethra in die Blase geführt, die Geschwulst zwischen den Branchen gefafst, von ihrer Basis abgedreht und auf demselben Wege entfernt. Pat. ging nach der Operation allein nach Hause. Die katarrhalischen Symptome dauerten wohl an, aber der Urindrang kam jetzt nur immer erst nach 2—3 Stunden.

Am 12. Juni 1889 wurde in gleicher Weise an derselben Patientin auch eine

am vorderen Rande der Blasenmündung, aber links von der Mitte sitzende Pilzgeschwulst entfernt. Beide Geschwülste erwiesen sich mikroskopisch als papillomartige Geschwülste. ANTAL empfiehlt diese Methode der Entfernung ähnlicher Blasengeschwülste durch die Urethra nach vorausgegangener Dilatation derselben aber ohne Eröffnung der Urethra oder Blase, selbst bei tiefer liegenden Blasengeschwülsten sowohl beim Weibe als beim Manne. *Róna-Budapest.*

Über einen Fall von Erythema blennorrhagicum, von Dr. PAUL DE MOLÈNES. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889. No. 2.) Die im Verlauf eines Trippers auftretenden Hautausschläge werden gewöhnlich noch als Arzneiwirkung, als Folge des Genusses von Kubeben, Kopaivbalsam und Sandelöl betrachtet. Dem tritt Verf. entgegen mit dem Hinweis darauf, daſs doch sonst nach der innerlichen Anwendung der genannten Mittel jeder Ausschlag ausbleibt, und daſs das vorhandene Erythem unter dem Gebrauch von Kubeben und Kopaivbalsam nicht nur sich nicht verschlimmert, sondern sogar völlig verschwinden kann. MOLÈNES sieht vielmehr in dem Gonokokkus NEISSER die Ursache des Tripperexanthems und berichtet über einen Fall, wo das Erythema im Verlauf der Gonorrhöe auftrat, ohne daſs irgend eine innere Medikation stattgefunden hätte. Er gab in diesem Fall versuchsweise eine Mischung von Kopaiv und Kubeben, konnte aber keinen Einfluſs auf den Verlauf des Ausschlags wahrnehmen. *Türkheim-Hamburg.*

Über Stomatitis ulcero-membranosa bei Tripperkranken, von OCTAVE MÉNARD. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889. Heft 8—9.) Schon seit langem ist, namentlich von französischen Schriftstellern, auf die Komplikation von Gonorrhöe mit Hautausschlägen hingewiesen. Verf. teilt nun 4 interessante Fälle mit, in denen es einmal zu einem Hauterythem, und alle viermal, im Verlauf eines Trippers zu ulceröser Mundentzündung kam. In allen 4 Fällen war die Entzündung von Fieber und sonstigen Allgemeinerscheinungen begleitet. Daſs es sich hier nicht um die idiopathische Stomatitis handelte, ging einmal daraus hervor, daſs in der Umgebung der Kranken kein Fall von Mundfäule vorlag, daſs sie also nicht angesteckt sein konnten, und zweitens daraus, daſs Kalium chloricum hier versagte und erst Ätzungen mit dem Lapisstift erfolgreich waren. — Verf. trägt kein Bedenken, die Stomatitis von dem nachgewiesenermaſsen im Blute von Tripperkranken kreisenden Gonokokkus NEISSER herzuleiten. Leider ist in seinen Fällen das Blut daraufhin nicht untersucht worden. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Abortivbehandlung des Trippers, von M. DIDAY. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889. No. 1.) Ein Patient DIDAYS, der schon 3 Tripper hinter sich hatte, den letzten vor mehr als Jahresfrist, bemerkte 3 Tage nach einem Coitus von neuem geringen Ausfluſs, der aber nach 30 Stunden schon recht reichlich wurde. Der Patient spritzte sich von einer 10 %igen Höllensteinlösung reichlich eine halbe Spritze ein. Sofort verspürte er unerträglichen Schmerz, der erst durch Wasserlassen etwas gelindert wurde. Auſserdem hielt er — entsprechend den Vorschriften DIDAYS — den Meatus Urethrae 2 Minuten in diese miſsverständlich so starke Lösung hinein. (Die Formel lautet nach DIDAYS Verordnung Arg. nitr. 0,2 : Aq. dest. 18,0.) Nach 3 Tagen war der Ausfluſs gänzlich verschwunden und blieb es auch auf die Dauer.

Darin kann man DIDAY wohl völlig beistimmen, daſs er auch ohne den Nachweis von Gonokokkus den Ausfluſs für einen Tripper ansieht. Er zieht aus dieser seiner Beobachtung den Schluſs, daſs zur Abortivbehandlung des Trippers nur so starke Lösungen, wie die angegebenen, ausreichend seien. Nach einer Beobachtung BOCKHARTS, der einen Paralytiker im letzten Stadium gonorrhoisch infiziert hatte, fand

sich bei dessen Tode namentlich die Gegend der Fossa navicularis mit einem zähen, eiterig-blutigen Schleim bedeckt. Zur Durchdringung dieses zähen Exsudats, meint DIDAY, sei eben die Anwendung einer starken Lösung eines Adstringens oder eines Desinficiens erforderlich. *Türkheim-Hamburg.*

Über den praktischen Wert der NITZEschen Cystoskopie, von Dr. H. GOLDSCHMIDT. (*Therap. Monatsh.* No. 10.) Nach 2¹/₂jährigem Gebrauch des NITZEschen Cystoskops kommt Verf. zu dem Resultat, daſs dasselbe mehr leistet als die Eröffnung der Blase, indem es die Diagnose in frühem Stadium der Krankheit ermöglicht, und darin liegt der unschätzbare therapeutische Wert. Da die Cystoskopie ferner für den Patienten gefahrlos ist, so wird man nach Feststellung der Diagnose auch alle Operationen zweckmäſsiger ausführen können. *L. Hoffmann-Berlin.*

Gegen **nächtliche Incontinentia urinae** wendet RICHARDS mit Erfolg Kalium bromatum in Kombination mit Tinct. Bellad. an. Vor dem Schlafengehen gibt er 0,6 Kalii bromat. und gleichzeitig 10—20 Tropfen Tinct. Belladonnae. (*Therap. Monatsh.* No. 10.) *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Pneumaturie, von Prof. FRIEDRICH MÜLLER in Bonn. (*Berl. klin. Wochenschrift.* No. 42.) Bei einem 60jährigen Patienten, bei dem wegen häufigen Drängens zum Urinlassen eine elektrische Behandlung vorgenommen war, und zwar derart, daſs eine etwas dicke Elektrode durch die Harnröhre eingeführt wurde, zeigte sich darauf Inkontinenz, und der Harn floſs unwillkürlich ab. Einige Monate später bemerkte Patient zum erstenmal, daſs sich beim Harnlassen, besonders gegen das Ende zu Luft durch die Harnröhre entleerte, indem der Harnstrahl mit einem gewissen Gepolter unterbrochen wurde. Diese Erscheinung wiederholte sich seitdem in unregelmäſsigen Zwischenräumen, alle Wochen, später alle paar Tage. Bei der Entleerung der Blase durch den Katheter konnte man Luftblasen konstatieren; dieselben wurden im Eudiometer aufgefangen und ergab die Untersuchung, daſs das Gas geruchlos war, daſs es sich an der Flamme mit deutlich hörbarem Knall entzündete und mit gelblicher Flamme verbrannte. Die Hauptmenge des Gases bestand aus Wasserstoff. Frisch gelassener Urin ergab einen Zuckergehalt von 0,6—2,5 %. Die weitere Untersuchung ergab, daſs das Gas sich aus dem Harn selbst und zwar offenbar durch einen Gärungsvorgang entwickelte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beiträge zur Therapie der chronischen Gonorrhöe, von Dr. W. FLEINER. (*Therapeutische Monatshefte.* 1889. No. 12.) Im ersten Teile seiner Abhandlung wahrt FLEINER UNNA gegenüber die Priorität der Salbenzinnsondenbehandlung[1] bei chronischer Gonorrhöe für Prof. CZERNY, welcher dieselbe bereits im Jahre 1881 auf dem 9. Chirurgenkongreſs vorgetragen hatte. Die CZERNYsche Behandlung bestand im Einführen einer Zinnsonde, die von der Spitze aus gerechnet in Abteilungen zu je 5 cm eingeteilt ist. Genau 5 cm von der Spitze aus gerechnet findet sich eine Nische in der Sonde, die mit der Ätzpaste (als Grundlage dient Kakaobutter) gefüllt ist. Gelangt man beim Einführen an eine schmerzhafte Stelle, so schiebt man die Sonde genau noch 5 cm weiter, so daſs die Nische mit der Ätzpaste die schmerzhafte Stelle berühren muſs. Hier läſst man die Sonde liegen und die Paste schmelzen.

Der zweite Teil der Arbeit enthält die bereits Bd. IX. pag. 377 referierte FLEINERsche Behandlungsmethode. *L. Hoffmann-Berlin.*

---

[1] Bezüglich der Priorität siehe das Referat über SALOMON, Behandlung der Harnröhrenstrikturen auf pag. 145 dieser Nummer.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. No. 4. 15. Februar 1890.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über das Wesen des Epithelioma contagiosum.

Von

Dr. L. TÖRÖK und Dr. P. TOMMASOLI.

Lange bevor NEISSER seine letzten Schlußfolgerungen über die amöboide Natur der Körperchen des Epithelioma contagiosum veröffentlichte (*Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1888), hatte sich einer von uns schon eingehend bei verschiedenen Anlässen mit diesem schwierigen Problem beschäftigt und versucht, demselben von jeder Seite beizukommen. Indessen, trotz der vielen Untersuchungen, histologischen sowohl als bakteriologischen und chemischen, und trotz einer großen Reihe klinischer Beobachtungen blieb das Problem noch immer ungelöst. Im Gegenteil, je länger dieses Studium sich ausdehnte, um so unlösbarer erschien dasselbe. Denn während auf der einen Seite die klinischen Thatsachen sich mehrten, welche immer mehr auf die sehr einschmeichelnde Anschauung der parasitären Natur der Läsion lenkten, lieferten auf der andern die immer wachsenden Untersuchungen nicht ein einziges sicheres Resultat zu irgend welcher Stütze einer solchen Theorie. Indem wir jedoch immer auf bakteriologischem Boden verblieben, schwand noch nicht gänzlich jede Hoffnung, eine Lösung herbeizuführen. Um in dieser Forschung fortzufahren war nicht allein das Resultat der klinischen Thatsachen, welche unter Umständen trügerisch hätten sein können, ein Ansporn, als vielmehr die enorme morphologische Ähnlichkeit — von allen übrigens schon beobachtet — der Körperchen des Molluscum contagiosum mit andern notorisch parasitären Elementen, wie z. B. dem Coccidium des Ascaris lumbricoides und demjenigen des Kaninchens; der Umstand sodann, mehrmals in den Präparaten Formen dieser Körperchen gefunden zu haben, die durch Gemmenbildung oder Spaltung wie in einem reproduktiven Prozesse begriffen zu sein schienen; ferner die Erkenntnis der großen Unvollkommenheit der Kultur- und Untersuchungsmethoden, welche uns bisher zur Verfügung standen; endlich auch das Bekanntwerden analoger Untersuchungen über Amöben anderer morböser Prozesse, wie solche in den

diesbezüglichen Veröffentlichungen PFEIFFERS, DARIERS etc. zu finden sind. Nur schien es, angesichts der vielen vorausgegangenen und resultatlos gebliebenen Untersuchungen, notwendig, die Art der Untersuchung zu ändern. Wir hatten schon einen neuen Plan zu parasitären Untersuchungen über die Coccidien oder Gregarinen, welche mit den Molluscumkörperchen morphologisch verwandt sind, entworfen, als die Publikation NEISSERS erschien und kurz darauf eine zweite von PFEIFFER, welche beide bestrebt sind, die gregarinische Natur jener Körperchen als bewiesen hinzustellen.

Da wurde es uns gleichsam zur Pflicht, Kontrollversuche anzustellen, und indem wir unsern ersten Plan vorläufig in suspenso liefsen, — um so mehr als es uns am nötigen Material fehlte — sind wir wieder und direkt zum Studium der Molluscumkörperchen am Menschen zurückgekehrt. Wir werden in aller Kürze das Resultat dieses Studiums mitteilen und vor allem wollen wir angeben, was pro und contra zur parasitären Theorie aus den vorangegangenen Studien hervorgegangen war.

Klinische Beobachtungen. Trotzdem es schon eine grofse Anzahl klinisch beobachteter Fälle gibt, welche dafür sprechen, dafs das Molluscum contagiosum eine solche Erkrankung der Epidermis ist, welche das von BATEMAN ihr gegebene Epitheton rechtfertigt, wollen wir dennoch weitere drei Fälle anführen, welche von einem von uns herrühren, indem es noch immer grofse Autoritäten in der Dermatologie gibt, welche dieser Kontagiosität ungläubig gegenüberstehen.

1. Ein vierjähriges Mädchen, gracil gebaut und sehr zu kutanen Schweifserscheinungen geneigt, was in den südlichen Ländern sehr häufig der Fall ist, lebte während einiger Tage in Gesellschaft eines andern von tuberkulösen Eltern stammenden Kindes, welches im Gesichte einige Mollusca zeigte. Nach nicht weniger als 20 Tagen zeigte auch das andre Mädchen einige Mollusca im Gesichte. Nach einiger Zeit, nachdem dieses Mädchen zu ihrer Familie zurückgekehrt war, wurde auch ein gröfseres Brüderchen desselben von Mollusca im Gesichte betroffen, ohne dafs weder das eine noch das andre der beiden Kinder vorher irgend welche Erscheinungen davon gezeigt hätten (TOMMASOLI).

2. Bei Anlafs eines den Kinderasylen der Stadt Siena abgestatteten Besuches, welcher zum Zweck hatte, die sehr häufigen und sehr schweren Zähne-Läsionen, welche in dieser Stadt vorkommen, zu studieren, fanden sich in einem dieser Asyle 56 Kinder mit Epithelioma contagiosum, während in drei andern nicht ein einziger Fall zu konstatieren war (TOMMASOLI).

3. Eine Mutter, welche genötigt war ihr Kind, das im Gesichte von Molluscum befallen war, lange auf dem Arme zu tragen, zeigte ebenfalls Mollusca auf einem Arme und zwar auf jenem Teil der nackten Haut,

auf welcher das Kind den Kopf zu stützen pflegte. (Mündliche Mitteilung des Prof. MARCHIAFAVA).

Impfversuche. a. Dem obengenannten Mädchen wurden einige der älteren Mollusca ausgedrückt und an verschiedenen Stellen des Gesichts bei durch eine Fingerspitze gespannter Haut sowohl ihr als ihrem Bruder und zwei andern behandelten Mädchen eingerieben. Kein Resultat.

b. Ein anderes tuberkulöses kleines Mädchen, das lange auf der Klinik von Siena verpflegt wurde, lieferte das nötige Material zu zahlreichen Impfungen unter die Haut von Kaninchen und in deren Peritonealhöhle, sowie in das Dichte des Kammes einiger Hühner. Absolut negative Resultate.

c. Mit dem nämlichen Material wurden verschiedene Kulturen auf den gewöhnlichen Nährböden vorgenommen. Von diesen isolierten sich eine Form dicker, sporigener Bacillen und eine Form von Staphylokokkus. Beide Organismenformen wurden auf Kaninchen und auf Hühner geimpft und das Resultat war ebenfalls negativ.

d. In die Kämme zweier Hühner wurden mit anderer Absicht auch kleine oberflächliche Stücke von ganz frischem und recentem Molluscum eingeimpft. Keine Reproduktion von Molluscum, noch irgend welcher Anstoſs zur Entwickelung jener analogen Hühnerkrankheit, welche von einigen für identisch mit der uns beschäftigenden Erkrankung bezeichnet wurde.

e. Von diesen letzten zwei Hühnern wurden nach 5, 7, 18 und 21 Tagen einige jener vielen Molluscum-Teilchen, welche in die Kämme eingesetzt wurden, zugleich mit dem umgebenden Gewebe entfernt, sofort in Paraffin eingeschlossen und die mikroskopischen Schnitte mit andern aus homologen Teilen der nämlichen Mollusca gewonnenen und in Alkohol aufbewahrten Schnitten verglichen. In keinem dieser Schnitte konnte man irgend welche Spur einer offenbaren numerischen Vermehrung oder einer reproduktiven Thätigkeit der korpuskulären Elemente in ihren verschiedenen Entwickelungsgraden konstatieren.

Wir erachten es für nicht überflüssig, einige kurze Beschreibungen dieser verschiedenen Befunde zu geben, umsomehr als unseres Wissens noch niemand Experimente und Untersuchungen dieser Art je vorgenommen hat.

1. An in Vesuvin gefärbten Schnitten aus den Partien, welche nach 5 Tagen nach der Einimpfung dem Kamm eines Hahnes entnommen waren, konnte man folgendes konstatieren:

Inmitten des tiefroten Gewebes des Kammes, welcher einer starken Infiltration anheimgefallen ist, stechen die noch intakt gebliebenen Impfpartikeln des Molluscum hellrot ab. Die peripheren Epithelialzellen dieser Konkamerationen sind noch sehr deutlich erkennbar; nur die Nukleolen sind fast gänzlich verschwunden. In jenen Zellen, welche ein

in der Entwickelung begriffenes Corpusculum enthalten, ist auch der Kern meist nicht mehr zu finden und nur im Centrum des Körperchens sticht eine rundliche, gelbrötliche homogene Masse mit einer dunkleren innern, scheinbar aus dunklen Granulationen bestehenden Masse ab. Diese Granulationen werden immer seltener und sind weniger kenntlich, je näher dem Centrum des eingeimpften Stückchens, oder wie wir sagen der Kloake jeder einzelnen Konkameration des Molluscum. Am Rande jeder Kloake oder in ihrem Innern, wo die Körperchen in einem Hornzellengerüst liegen, erscheinen dieselben hellgelb und vollständig homogen und sind wie von einem feinen Netz weifslicher, geschichteter Fibrillen getragen.

In den Schnitten, welche sehr lange in Safranin gefärbt wurden, erscheint der Kern jeder Zelle, welche ein ganz junges Körperchen enthält, zur Form eines Halbmondes oder einer Placenta gequetscht, und intensiver gefärbt in einer Ecke der Zelle, während deren Mitte vom Corpusculum eingenommen wird. Auch hier zeigen die Körperchen, solange sie jung sind, im Centrum eine kleinere dunklere Scheibe von Körnchen oder kleinen Vakuolen besäet. Die Färbung der älteren Körperchen, welche in der Kloake frei stehen, ist rot violett, opak und homogen. Die Horntrabekeln, welche zwischen diesen Körperchen liegen, erscheinen auch hier gracil und gänzlich ungefärbt.

An den Schnitten, welche zuletzt mit Lithion-Karmin gefärbt wurden, ist bemerkenswert, dafs man in vielen Körperchen, alten sowohl als jungen, freien und eingekapselten, anstatt Körner ganz kleine Unebenheiten deutlich sieht, welche die centrale, kompaktere und dunklere Scheibe umgeben.

2. An den Stücken, welche nach 7 Tagen entfernt wurden, lassen die mit Pikrokarmin (Ranvier) gefärbten Schnitte den eingeimpften Tumor mitten in einer reaktiven Infiltration, welche denselben von jeder Seite her befällt, durch eine diffuse Färbung erkennen. Die epithelialen Strata, welche die verschiedenen Konkamerationen bilden und die Kloaken umgeben, sind unförmliche gelb-rötliche Massen geworden, in welchen die einzelnen, kleiner gewordenen Elemente nur schwer zu erkennen sind, und allein die Kerne stechen als glänzende hellgelbe Körper ohne Nucleoli ab. An einzelnen Stellen jedoch sind auch diese Kerne nicht mehr zu unterscheiden, und die unförmliche epitheliale Masse bietet ein grobkörniges Aussehen. Die jüngeren Körperchen, welche die Kloake umgeben, sind noch erkennbar; sie haben jedoch ihre regelmäfsige Form verloren, und viele der kleineren und am weitesten peripher gelegenen sind von einer diffusen, ganz feinen, schwärzlichen Granulation bedeckt. Die älteren in Kloaken angesammelt, sind hellgelb, etwas verkleinert und nicht mehr rundlich, sondern unregelmäfsig.

An den mit Vesuvin gefärbten Schnitten zeigen diese alten Globi noch eine weifsliche Membran, gerade so wie die Hornlacinien, welche

die Septen der Kloaken bilden, während der Körper eines jeden einzelnen Körperchens schmutzig gelb-rötlich erscheint und eine centrale nukleiforme etwas hellere Zone zeigt.

3. An den Stücken, welche nach 18 Tagen herausgeschnitten wurden, ist der eingeimpfte Molluscumteil zu einer ovoidalen Masse mit gefransten Rändern geworden und nicht mehr mit dem umgebenden Gewebe adhärierend, sondern leicht durch das Schneiden zu trennen. Diese in Pikrokarmin gefärbte Masse erscheint dicht, kompakt, dunkelgelb, granuliert, ohne irgend welche organische Struktur. Nur hier und da sieht man einzelne Zellenelemente, in welchen das Körperchen in schon fortgeschrittener Bildung begriffen war, und einzelne andre kleine rundliche und glänzende Elemente. Hier und da bemerkt man auch einige kleine Herde von freien Körperchen, welche getrennt und nicht aufeinander gehäuft, hellgelb und fast zu einem drittel des gewöhnlichen Volumens der alten Körperchen reduziert sind.

Es ist hervorzuheben, dafs der Rand der noch übrig gebliebenen Masse ganz aus kernhaltigen, granulierten, epitheloid aussehenden Zellen besteht, welche vielleicht Elemente neuer Formation darstellen.

In den mit Vesuvin gefärbten Schnitten sind diese Randzellen rotbraun gefärbt wie die kleinen Zellen der sehr dichten umgebenden Infiltration. Der ganze Rest des alten Tumorstückes ist ungefärbt geblieben, neigt aber zum Rötlichen, teilweise zum Gelblichen, und hat ein granuliertes Aussehen. Hier und da findet sich irgend ein strohgelbes, glänzendes Körperchen, das zwei koncentrische Zonen zeigt, eine innere hellere und opake, eine äufsere gelbliche und glänzende.

4. Von den nach 21 Tagen entfernten Stücken lassen die in Vesuvin gefärbten Schnitte vermuten, dafs alle alten Körperchen verschwunden seien. In der That sieht man von diesen nur einzelne ganz unbestimmt, zerstreut, klein und wie in die formlose Masse eingekapselt, während der ganze eingeimpfte Tumorschnitt in seinem ursprünglichen Aussehen kaum mehr zu erkennen ist.

Die Verdauung mit Magensaft vom Hammel bei Temperatur des menschlichen Körpers alteriert auch nach 5 Tagen die Körperchen des Molluscum nicht. Die jüngeren zeigen eine sehr feine schwärzliche Punktierung, welche bei stärkerer Vergröfserung sichtbar ist.

Die Maceration von Molluscumstücken durch Chlornatriumlösung hat schon nach 4 Tagen den Tumor aufgelöst. Indem man den granulierten Detritus, welcher von den schwimmenden Stücken bei jedem Stofs sich freimacht, sammelt, mit Glycerin imbibiert und mit dem Ranvierschen Karmin färbt bei darauf folgender Entfärbung in einem Glycerinstrom, findet man die Körperchen noch gänzlich erhalten. Die jüngeren unter ihnen färben sich rotgelblich, die älteren sind gelb. Inmitten einiger

der jüngeren beobachtet man bei starker Vergröfserung eine rundliche, dichtere Masse.

Nach 8—10 Tagen Maceration sieht man deutlich viele Körperchen wie von feinen Granulationen durchzogen.

Alle diese Untersuchungen waren von einem von uns schon im Jahre 1886 und 1887 gemacht und warteten auf weitere Aufklärungen und schlufsfähigere Beweise, als die Veröffentlichungen von NEISSER und PFEIFFER auf die parasitäre Natur der Körperchen drängten. Indem uns im Laboratorium des Herrn Dr. UNNA alles Nötige zur Verfügung stand, versuchten wir es mit dessen liebenswürdiger Zustimmung noch einmal, diesem Problem direkt beizukommen.

Wir waren bemüht, das von uns verwendete Material immer relativ frisch zu gebrauchen und es wurde von uns während der Dauer der Untersuchungen in Röhrchen von Nährgelatine und auf andern Nährböden aufbewahrt. Dreimal wurden die Untersuchungen immer von neuem wieder aufgenommen, wobei es sich immer darum handelte, mit den bestmöglichsten Mitteln die Lebensbedingungen dieser Körperchen zu erleichtern, vorausgesetzt, dafs es sich um lebende Wesen handelte, um auf diese Weise während des Studiums einige Lebenszeichen wahrnehmen zu können.

Zu diesem Behufe bedienten wir uns immer der erwärmbaren Kammer von ZEISS und der Methode des hängenden Tropfens und haben:

1. das zum Studium bestimmte Material auf verschiedene Weise präpariert, um uns über das Alter und die Lebensbedingungen der verschiedenen Körperchen, auf welche wir unsere Aufmerksamkeit gelenkt hatten, Rechenschaft zu geben. Bald zerzupften wir die Molluscumstücke, bald machten wir davon ganz feine Schnitte, welche zum Molluscum central oder peripherwärts gerichtet waren.

2. Haben wir die zerzupften Teile oder die Schnitte in reiner Fleischbrühe, in Agar, in Gelatine, in Gelatine- und Agargemisch, in durch Natronlauge alkalisch gemachter Brühe, in Blutserum, in Blutserum und Glycerin und Agar zu verschiedenen Proportionen suspendiert.

3. Haben wir jene hängenden vorher präparierten Tropfen entweder der niedrigen Zimmertemperatur, einer Temperatur, welche zwischen 10—15 ° C. schwankte, oder der Temperatur des menschlichen Körpers, d. h. 35—40 ° C. ausgesetzt.

4. Die hängenden Tropfen, welche von niedrigeren Temperaturen als diejenige der Kammer, welche das Mikroskop enthielt, d. h. niedriger als 35—40 ° C. herrührten, wurden unter das Mikroskop gestellt als die Kammer noch nicht erwärmt war, und wurden Hand in Hand wie die Erwärmung langsam oder stärker sich vollzog, studiert; oder dieselben wurden eingestellt, als die Kammer schon warm war, und wir konnten

so unter unsern Augen die Wirkung der rasch aufsteigenden Wärme beobachten.

5. Die erwärmte Kammer wurde während unserer Beobachtungen auf verschiedenen Temperaturen von 30°, ca. 37° und 40° erhalten.

6. Im hängenden Tropfen wurden bald die ganz freien Körperchen, bald diejenigen, die schon reif, aber noch eingekapselt waren, oder jene kleineren, die in beginnender Bildung sich befanden, einer mehr oder weniger langen Untersuchung unterworfen. Und unter diesen allen faſsten wir bald diejenigen ins Auge, welche eine noch ganz regelmäſsige Form besaſsen, bald solche vielgestaltige Protuberanzen zeigten, welche Gemmationen hätten sein können, bald diejenigen, welche durch ihre bilobäre Form auf dem Wege naher Spaltung hätten sein können.

7. Die Beobachtung bestimmter Punkte, besonders solcher, welche ein versprechenderes Aussehen boten, dauerten oft bis 20 Stunden ununterbrochen fort.

Von allen diesen vielfältigen Untersuchungen nun resultierte nur ein kleines Figurenalbum, das mitunter auch recht graziös war: es resultierte eine Serie von Eindrücken und Hoffnungen, welche jedesmal aufflammte, wenn auf dem Schauplatz irgend etwas sich zeigte, das in einer oder in der anderen Weise Leben zu zeigen schien: es resultierte eine Serie von Erwägungen und von Diskussionen unter den geduldigen Gläubigen und den Skeptikern. Schlieſslich resultierte aber auch für alle diejenigen, welche diese unsere Beobachtungen verfolgten, die Überzeugung, daſs keine der kleinen Dinge oder der kleinen beobachteten Thatsachen, wie Verschiebungen, Anschwellungen oder Änderungen im Aussehen an den kleinen im Auge behaltenen Körperchen, derart war, um uns zu ermächtigen, irgend welche Lebenserscheinungen zuzugeben. Wir verlieſsen deshalb diese Experimente in Erwägung, daſs auch nicht auf diesem Wege, an der Hand der Mittel, welche uns die heutige Bakteriologie zur Verfügung stellt, das uns beschäftigende Problem gelöst werden könne.

Es blieb uns noch der chemische Weg offen, und diesen schlugen wir auch ohne weiteres ein.

Das zu den chemischen Untersuchungen verwendete Material war zunächst das frische. Sodann aber, um mit den Coccidien des Kaninchen, welche wir nur in Alkohol aufbewahrt erhalten konnten, Vergleichsversuche anstellen zu können, wiederholten wir die Erfahrungen auch mit dem Material von Mollusken, welche vorher in Alkohol gelegen hatten. Diese letzteren boten indessen keinen wesentlichen Unterschied von den ersteren, so daſs wir nur das mit dem Material frischer Mollusca und mit den Coccidien erlangte Resultat mitteilen werden.

In den Untersuchungen verfuhren wir, wie bald zu ersehen ist, mi

den stärksten Prozeduren. Ein Stückchen Molluscum wurde zerstückt, die Stücke in Wasser voneinander getrennt und gezupft, und hierauf Präparate gemacht. Während nun auf der einen Seite des Deckgläschens das Reagens tropfenweise appliziert wurde, begünstigte auf der anderen Seite desselben ein Fliefsblatt den Durchzug. Nachdem man auf diesem Wege unter dem Mikroskope die erste Wirkung des Reagens auf die Körperchen beobachtet hatte, wurde das Präparat abgedeckt und darauf direkt Tropfen des Reagens aufgegossen und wieder beobachtet. Endlich haben wir mehrmals jene Körperchen untersucht, nachdem sie lange in Berührung mit dem Reagens gestanden waren. Als Reagenzien gebrauchten wir die stärksten und koncentriertesten.

Anbei folgen die von uns mehrfach erhaltenen Resultate.

Koncentrierte Essigsäure. Das Körperchen scheint ein wenig anzuschwellen und wird sehr blafs. Nach einer Viertelstunde erhält es sich inalteriert. Auch der Zusatz von Acid. acet. glaciale alteriert dasselbe nicht, während die hornige Einhüllung jener Körperchen, welche beim Auseinanderreifsen nicht frei werden, sehr stark anschwillt. Eine halbe Stunde später hat man keine weitere Veränderung irgend welcher Art, ebenso nach 24 Stunden. Nach 24 Stunden konnten die Körperchen sehr gut mit Methylenblau gefärbt werden.

Koncentrierte Ameisensäure. Die Körperchen zeigen keine andere Alteration, als dafs sie blafs werden. Eine Lösung von Ameisensäure (1 : 3) läfst sie vollständig unverändert.

Koncentrierte Oxalsäure. Keine Alteration.

Koncentrierte Schwefelsäure. Nach einer Viertelstunde ist das Körperchen etwas vergröfsert und bleicher; nach einer halben Stunde ist es ziemlich rötlich geworden, seine Form jedoch und sein Wesen sind unverändert, sogar bis nach 6 Tagen.

Rauchende Salpetersäure. Nach 15 Minuten ist das Körperchen gelb-grünlich geworden, im übrigen inalteriert. Das nämliche kann man auch nach 6 Tagen konstatieren, durch Zusatz noch eines Tropfens Säure.

Koncentrierte Chlorwasserstoffsäure. Nach 10 Minuten sind die Körperchen deutlicher sichtbar und etwas granuliert. Keine weitere Veränderung.

Koncentrierte Kalilauge. Keine sichtbare Wirkung, selbst nach 20 Minuten. Nach 24 Stunden sind die Körperchen blässer geworden.

Ammoniak. Nach 20 Minuten keine Veränderung. Von den Salzlösungen wurde diejenige von Chlornatrium (wie zur Maceration), diejenige von Ferro-Cyankalium (10 : 90) und diejenige von Kaliumpermarganat angewandt. Man erzielte hiervon ebenfalls keinen Effekt, wenn man von der relativen Färbung durch die Wirkung der zwei letzten absieht.

Bei wiederholter Verdauung mit künstlichem Verdauungssaft (Pepsin 1,0, Acid. muriat 0,5, H_2O 100) bei einer Temperatur von 37° begegnet man der nämlichen langen Resistenz der Körperchen. Nur nach 6 Tagen erscheinen dieselben granuliert und gespalten. Wir müssen jedoch bemerken, daſs, wenn das Molluscum zuerst in Alkohol gelegen hat, jene Körperchen diese Alteration schon nach 24 Stunden zeigen. Unterwirft man nun diese Körperchen, diejenigen von frischen Mollusken sowohl als von solchen, welche in Alkohol gelegen hatten, der Wirkung der obengenannten Reagenzien, so zeigen dieselben immer die nämliche Resistenz denjenigen gleich, welche der Verdauung nicht unterzogen wurden.

Aus allen diesen Untersuchungen geht hervor, daſs die sogenannten Amöben des Molluscum den energischsten chemischen Agenzien gegenüber mit einer auſserordentlichen Resistenz versehen sind, welche derjenigen der Kolloidsubstanzen am nächsten steht. So sehr, daſs uns auch bei Berücksichtigung aller Resultate unserer anderen schon erwähnten Untersuchungen ganz unwillkürlich der Verdacht aufstieg, daſs wir es hier mit ganz etwas Anderem als mit lebenden Wesen zu thun hätten. Wenn es in der That tierische Organismen wären, wie von den Anhängern der parasitären Natur derselben angenommen wurde, könnten wir nur schwer verstehen, wie diese tierischen Organismen, und ganz insbesondere von der hier herangezogenen Klasse der Sporozoen, welche mit eigentümlichen Bewegungen, zumindest in der Form von Teilungsprozessen, ausgestattet sind, aus einer solchen Substanz bestehen können. Und die Vergleichsversuche mit Psorospermien aus der Leber und aus den Gedärmen des Kaninchens konnten diesen unseren Verdacht nur unterstützen, denn schon von den ersten Reaktionen weg konnten wir so ausgesprochene Differenzen konstatieren, welche uns davon dispensierten, an den Psorospermien die ganze Reihe von Versuchen zu wiederholen, die am Molluscum vorgenommen wurde. Anbei das Resultat:

Koncentrierte Essigsäure. In den ersten Momenten erscheinen die Koccidien ein wenig transparenter und gelblicher und zeigen dann einige Spalten. Etwas später löst sich ihr Inhalt immer mehr auf, und zwar so, als ob von einer oder von allen Seiten her und koncentrisch ein auflösendes Mittel eindringen und der Inhalt nach und nach korrodiert würde. Zuletzt bleibt nur noch die Membran zurück, welche unregelmäſsig zusammenschrumpft.

Das Acid. acet. glaciale, Acid. sulf. conc. und Acid. nitr. fumans verhalten sich in identischer Weise.

Ammoniak verursacht gar keine Alteration.

Die koncentrierte Kalilauge dagegen bringt die glänzende

Membran ein wenig zum Schwellen, und nach innen von derselben sieht man eine breite, opake und bleiche Zone, welche im weiteren Verlaufe auf Kosten der centralen, noch immer glänzenden Substanz wächst. Der Rand dieser angeschwollenen Zone gegen die eigentliche Membran zu ist mitunter gezahnt, häufiger ist er glatt und endigt entweder plötzlich, oder geht allmählich in die Membran über. Die gelbliche, glänzende, ovale Masse, welche in der Mitte liegt, gleicht einem Kerne und enthält runde, nukleolenförmige, halbmondförmige oder keulenartige Figuren. Endlich verschwindet auch der Glanz, und als nur die nukleolenförmigen, ganz kleinen Körperchen zurückbleiben, erscheint der ganze centrale Teil hell wie Wasser. Während all dieser Transformationen nimmt das ganze Koccidium an Ausdehnung zu.

Um dem Einwande zu begegnen, dafs wir es hier mit Parasiten ohne jegliche Umhüllung zu thun hatten, während die Körperchen im Molluscum in Hornzellen eingeschlossen waren, müssen wir hier bemerken, dafs wir eben deshalb keine Mühe und Geduld scheuten, um so viel Molluscumkörperchen als möglich von jeder Schale zu befreien, und diese studierten wir mit besonderer Aufmerksamkeit. Und dafs die Wirkung der Reagenzien auch auf den Inhalt zur Geltung kommt, ist sowohl durch das Anschwellen der Hornkapseln, als durch die Färbungen des Inhaltes konstatiert, welche wir bei einzelnen Reaktionen auftreten sahen.

Übrigens haben auch die Versuche auf Koccidien gezeigt, dafs auch hier ein resistentes Involucrum vorliegt, und dafs nichtsdestoweniger der Inhalt derselben der Wirkung koncentrierter Reagenzien nicht widersteht.

Auf Grund dessen sind wir zur absoluten Überzeugung gelangt, dafs die Körperchen des Epithelioma contagiosum keine parasitären Elemente seien. Man glaube indessen nicht, dafs eine solche Überzeuguug uns auch dazu geführt hätte, die Kontagiosität dieses Epithelioma zu negieren, denn für uns bleibt diese Kontagiosität, deren Faktor wir noch nicht kennen, vollständig intakt. Hierfür möge auch der Umstand Zeugnis ablegen, dafs wir, auch nachdem wir die Gewifsheit erlangt hatten, dafs jene Körperchen keine lebenden Wesen seien, dennoch Impfversuche mit ganz frischem Material wiederholt haben und ähnliche Versuche wiederholen werden, bis dieses Enigma ganz aufgeklärt sein wird.

Bezüglich der letzten Impfversuche haben wir noch etwas beizufügen.

In 3 Fällen schien die Impfung, welche auf den Armen erwachsener Individuen vorgenommen wurde, zu etwas führen zu wollen, denn an den Impfstellen sah man zu verschiedener Zeit nach der Impfung kleine Knötchen von Stecknadelkopfgröfse und gröfser auftreten. Im ersten

Falle erschien das Knötchen nach wenigen Wochen und blieb länger als einen Monat unverändert. Im Moment, da wir schreiben, ist dasselbe in Rückbildung begriffen. Im zweiten Falle entwickelte sich das Knötchen nach 2 Wochen und verschwand gegen Ende der vierten Woche nach der Impfung. Im dritten Falle trat das Knötchen, welches von gelblicher Farbe, glänzend und nicht hart war, im Laufe der fünften Woche auf, und nachdem es sich während weiterer 10 Tage ca. unverändert erhalten hatte, wurde es von uns exstirpiert.

Die mikroskopische Untersuchung liefs keine Spur von Epithelioma contagiosum konstatieren; dagegen fanden sich hauptsächlich Entzündungssymptome vor, und zwar um einige oberflächliche Gefäfse, welche von runden, ovalen oder spindelförmigen Zellen umgeben waren, mit Mastzellen in grofser Zahl in deren Mitte. An einer Stelle des Präparates war eine diffuse, aber nicht dichte Infiltration, und breite Spalten im Bindegewebe verrieten auch die Gegenwart von Oedema. Dieses Ödem dehnte sich an dieser Stelle auch auf das Epithel aus. Die interepithelialen Lücken waren in der That stark erweitert mit einigen Wanderzellen versehen und mehrere Epithelialzellen waren komprimiert und deformiert. Darnach können wir nicht sagen, wie viel Recht diejenigen behalten, welche durch Impfungen die nämlichen Resultate wie wir erhielten und in jenen Knötchen abortive Mollusca zu sehen vermeinen.

Bevor wir schliefsen, sei es uns noch vergönnt, einige histologische Bemerkungen von eben beginnendem Molluscum anzuführen, welche in unserer Frage nicht ohne jegliches Interesse sein könnten.

Wir finden in den vorher osmierten Schnitten schon in den tieferen Epithelialstraten einige hellere, bläschenförmige Figuren, welche neben den Kernen stehen, auf dieselben drücken und sie mitunter vollständig sensenförmig gestalten. Betrachten wir diese Bilder so, dafs der deformierte Kern senkrecht unter dem Auge zu liegen kommt, so erscheint uns derselbe wie von einem hellen Hofe umgeben. Häufig finden wir in Zellen, welche noch keine andere Alteration zeigen, den Kern von verschiedenen solcherlei Figuren umgeben.

Dieselben sind gänzlich bleich, ungefärbt, hell, nicht glänzend und gänzlich durchscheinend; sie besitzen Bläschenform und sind von verschiedener Gröfse.

In der dritten oder vierten Zellenreihe (häufig auch in der zweiten) sehen wir in einzelnen Zellen, welche Vakuolen enthalten mögen oder auch keine, eine feinförmige Masse in der Nähe des Kernes, und welche im unmittelbar höheren Stratum an Ausdehnung zunimmt. Während nun die äufsere Zellenzone rasch in Verhornung übergeht und so eine weitere Zunahme des Inhaltes in der Masse verhindert, wird die innere granulierte Zone dichter und bildet jenen homogenen Körper, welcher

die sogenannten jungen Amöben vieler Autoren vorstellt und welcher wahrscheinlich nichts Anderes als das Produkt — wenigstens zum Teil — des von der äußeren auf die innere Zone, die infolge des Horninvolukrums sich nicht mehr ausdehnen kann, ausgeübten Druckes ist. Die Körnchen des Inhaltes der tiefer gelegenen Zellen sind von der verschiedensten Größe; bald wie die Hälfte oder ein drittel eines roten Blutkörperchens, bald wieder sind sie sehr fein, wie Staub; sie liegen sehr nahe nebeneinander, sind mattglänzend und scheinen von der Osmiumsäure etwas leicht gebräunt zu sein. In den Schnitten füllen dieselben für gewöhnlich die Zellenhöhle nicht ganz aus, hier und da lassen sie sowohl am Rande als im Centrum einige unregelmäßige Lakunen zurück.

Die oben beschriebenen Figuren oder bläschenförmigen Vakuolen finden sich in größerer oder in geringerer Anzahl auch in der granulierten Masse vor.

Je mehr wir nach oben steigen, um so mehr häufen sich die Körner zu dicken, runden und homogenen Schollen an, bis man zu einem Punkte gelangt, wo die höheren und älteren Epithelzellen nur fast gänzlich homogene, oder mitunter wie von Teilungslinien, welche unregelmäßig sind und nur von Rupturen der Substanz herrühren, durchfurchte Körperchen enthalten. Es ist zu bemerken, daß wir diese Art Spaltung nur in den Schnitten gefunden haben.

In den Alkoholpräparaten, in welchen das eben beschriebene Bild im allgemeinen viel weniger klar ist, erscheinen die Körperchen, von welchen wir soeben gesprochen, wie geschrumpft, und die Lakunen, welche zwischen denselben und der Zellenwand existieren, sind weiter. In solchen Fällen ist ein Teil dieser Körperchen noch zur Hälfte homogen und adhäriert an der Hornhülle, während die andere zusammengeschrumpfte Hälfte granuliert und wie mit Furchungen und Teilungslinien versehen ist.

Wie sollen wir nun das hier angeführte histologische Bild deuten? Die Vakuolen, welche in der Nähe der Kerne sich finden, erachten wir auf Grund der täglichen Erfahrung mit Härtungs- und Fixationsflüssigkeiten, sowie auch auf Grund diesbezüglicher, von einem von uns gemachter Studien (TÖRÖK und POLLAK, Über die Entstehung der homogenen Harncylinder und Cylindroide. *Arch. für exp. Path. und Pharm.* 1888) im Verlaufe von Untersuchungen anderer Natur, für nichts Anderes als Kunstprodukte. Übrigens unterscheiden sich dieselben durch ihr Aussehen von jener Substanz, welche für den Parasiten des Epithelioma angesehen wurde, in so absoluter Weise, daß man darunter nicht einmal jüngere Parasiten vermuten kann. Ebensowenig können dieselben als Teile oder Organe von Parasiten angesehen werden. Denn man findet dieselben ebenso in den Zellen, welche die Parasiten nicht enthalten, wie auch

in der zuerst granulierten, später homogenen Substanz, welche diese scheinbaren Parasiten ausmachen sollte.

Und diese Parasiten selbst sind für uns, wie wir schon weiter oben bei Besprechung unserer Versuche durchblicken liefsen, nichts Anderes als Degenerationsprodukte: Produkte, welche in bezug auf ihre chemischen Eigenschaften sich in hohem Grade der kolloiden Substanz nähern. Die Substanz, welche dieselben zusammensetzt und welche anfangs sich nur in kleiner Quantität und in feiner Verteilung vorfindet, wächst sehr rasch und häuft sich im Innern der Zelle an, während die äufseren Straten derselben der Verhornung anheim fallen. Im ausgesprochenen Gegensatze, welcher zwischen Inhalt und Umhüllung sich abspielt, sind die normalen Beziehungen getreulich wiedergespiegelt, kraft welcher der innere Teil der Epithelzelle keinen Anteil an der Verhornung nimmt.

Der Umstand ferner, dafs die jüngeren Parasiten in den tieferen Straten granulös sind, während die älteren sich immer homogener zeigen, ist unseres Erachtens auch ein Grund, welcher gegen die parasitäre Theorie spricht. Denn diese letzte Hypothese verlangt gerade das Gegenteil; sie verlangt nämlich, dafs die älteren Individuen eine Alteration zeigen, welche auf eine, wenn auch nur intendierte Vermehrung sich beziehen liefse. Die erwähnten Teilungen, verschieden durch Form und Gröfse, welche wir an den älteren Körperchen fanden, können unserer Ansicht nach nur als Fragmentationen derselben interpretiert werden, welche durch die Härtungs- oder Präparierungsprozeduren verursacht wurden, und ihre gröber granulierten Teile, hauptsächlich in den vom Alkohol kommenden Präparaten, können nur Schrumpfungsprozesse sein.

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten des Professor SCHWENINGER zu Berlin.

Über das Hydroxylamin und seine Verwendung in der Therapie der Hautkrankheiten.

Von

Dr. GEORG GRODDECK.

Seit einiger Zeit ist der Arzneischatz, der den Dermatologen zur Verfügung steht, wieder um ein neues Heilmittel, das Hydroxylamin „bereichert“ worden. Die Veröffentlichungen, die bis jetzt zu meiner Kenntnis gekommen sind, — die eine von Dr. EICHHOFF in Elberfeld in diesen *Monatsheften*. 1889. Bd. VIII pag. 12, die andere von Dr. FABRY in Bonn in dem *Archiv für Dermatologie und Syphilis*. 1889 — sprechen sich sehr hoffnungsvoll über das neue Präparat aus, das durch seine Reduktionskraft ebenso wirksam sein soll wie das Chrysarobin und die Pyrogallussäure, beide aber angeblich dadurch übertrifft, daſs es weder Wäsche noch Haut der Patienten färbt.

Ich habe auf der Berliner Universitätsklinik für Hautkrankheiten auf Anregung von Professor SCHWENINGER Versuche mit dem Hydroxylamin angestellt, die mich leider zu wesentlich anderen Resultaten geführt haben, als die früheren Beobachter. Ich teile hiermit 23 Fälle der verschiedensten Hautkrankheiten mit, die ich mit dem salzsauren Hydroxylamin in einer Koncentration von 0,075—1,5 : 100 (= $^3/_4$‰—$1^1/_2$%) behandelt habe. Das Mittel wurde entweder in Salbenform oder in spirituöser Lösung angewendet. und zwar nur auf einer Körperhälfte, während auf der anderen Kontrollmittel, wie Chrysarobin, Pyrogallussäure u. s. w. benutzt wurden.

Die Ergebnisse meiner Versuche sind folgende: Vier Skabiesfälle wurden mit einer spirituösen Lösung des Hydroxylamins von 0,075—0,1 : 100 längere Zeit behandelt, ohne zur Heilung zu kommen, während die gewöhnliche Therapie mit Perubalsam rasch zum Ziele führte. — Bei einem Fall von Pityriasis versicolor wurde acht Tage lang vergeblich mit der spirituösen Lösung 0,1 : 100 gepinselt. Die gründliche Anwendung von grüner Seife genügte, um den Prozeſs zum Schwinden zu bringen. — Gegen Lupus erythematodes wurde das Mittel einmal in einer spirituösen Lösung von 1 : 100 drei Wochen lang versucht. Die Krank-

heit machte unter dieser Therapie weitere Fortschritte, während die gleichzeitige Medikation von Pyrogallussäure sehr günstige Resultate ergab. — In einem Falle von Pityriasis rubra wurde das Hydroxylamin in Salbenform 14 Tage lang ohne jeden Erfolg gebraucht. Bei der Anwendung von Thiolsalbe besserte sich der Prozeſs zusehends. — Gegen Ekzema seborrhoicum UNNA wurde die Therapie mit Hydroxylaminsalbe in einer Konzentration von 0,2 : 100 einmal eingeschlagen. Nach dreiwöchentlicher Anwendung war der Krankheitsprozeſs nicht allein weiter fortgeschritten, sondern es hatte sich auch unter der Einwirkung des Hydroxylamins eine so starke Dermatitis gebildet, daſs von der weiteren Medikation Abstand genommen werden muſste. Unter der Behandlung mit Thioresorcin heilte die Krankheit bald. — Bei 2 Fällen von Mycosis circinata AUSPITZ (Pityriasis rosée GIBERT) wurde das Präparat in einer Verdünnung von 2 : 1000 erprobt, einmal in spirituöser Lösung, das andere Mal in Salbenform. In dem ersten Fall erwies sich die Therapie nach 14 Tagen als völlig erfolglos, während sowohl Pyrogallussäure als Naphthol Heilung bewirkten. Der zweite Fall wurde durch das Hydroxylamin anscheinend günstig beeinfluſst. Nach 5 Wochen war der Prozeſs geheilt. Jedoch zeigte sich dabei, daſs die Heilung auch vor sich ging, wenn ich wochenlang jede Therapie aussetzte und so die Krankheit sich selbst überlieſs. Ich glaube daher, daſs hier eine Naturheilung vorgelegen hat, und halte den Fall nicht für geeignet, die Bedeutung des Hydroxylamins zu beweisen. — In einem Falle von Seborrhoea capitis kam die Heilung unter Anwendung von Hydroxylaminsalbe 1 : 1000 nach 3 Wochen zustande. Ich bin der Meinung, daſs hier der Erfolg auf die häufigen Waschungen des Kopfes mit Seifenspiritus und die Wirkung des Salbenfettes zurückzuführen ist. Das Hydroxylamin ist jedenfalls unschuldig daran. — Ferner wurde das Präparat in einer Koncentration von 1—1½ : 100 bei 12 Fällen von Psoriasis inveterata angewendet. Zweimal blieb diese Therapie, die 4 resp. 8 Wochen lang gebraucht wurde, völlig resultatlos, während bei der Behandlung mit Chrysarobin resp. Pyrogallussäure günstige Erfolge erzielt wurden. Zwei Heilungen muſs ich ebenfalls für Naturheilungen erklären, da die Besserung ebenso rasche Fortschritte machte, wenn von jeder antipsoriatischen Behandlung abgesehen wurde. Die übrigen 8 Fälle sind die einzigen, in denen ich eine unverkennbar günstige Wirkung des Hydroxylamins gesehen habe. Alle 8 Patienten wurden mit der stärksten Dosis Hydroxylamin, die sie vertragen konnten, behandelt. Trotzdem zeigte sich bei allen 8 in gleicher Weise und ohne jeden Zweifel, daſs die Heilung langsamer unter dem Hydroxylamin vor sich ging und viel später — 10—16 Tage — definitiv zustande kam, als unter der gleichzeitigen Anwendung von Chrysarobin und Pyrogallussäure.

Ich habe nun noch kurz einige Beobachtungen zu erledigen, die ich an gesunder Haut angestellt habe. Es hat sich dabei gezeigt, dafs das Hydroxylamin in einer Verdünnung von 1 : 1000 weder in Salbenform, noch in alkoholischer oder wässeriger Lösung irgend welchen Einflufs hat. Bei einer Verdünnung von 2 : 1000 liefs sich bei mehrmaliger täglicher Anwendung der spirituösen Lösung ab und zu eine leichte Rötung wahrnehmen, die sich aber ebensogut auf zu starkes Reiben mit dem Borstenpinsel, wie auf eine Hydroxylaminwirkung zurückführen läfst. Von der Salbenform sah ich auf gesunder Haut gar keinen Effekt. Bei der Anwendung einer Verdünnung von 5 : 1000 traten in mehreren Fällen Ekzeme auf, sowohl bei der spirituösen Lösung, als bei der Salbenform. Was das Verhältnis von 1 : 100 anbetrifft, so konnte ich fast in allen Fällen nach längerer oder kürzerer Zeit Reizerscheinungen konstatieren. Nur zweimal liefs sich auch in 2%iger Koncentration keine Wirkung aufser leichtem Jucken spüren. Höher bin ich in der Koncentration nicht gegangen, weil ich eine stärkere Anwendung des Mittels bei seinen toxischen Eigenschaften für unstatthaft halte, wenigstens wenn es auf dem ganzen Körper angewendet werden soll, und das ist bei einer grofsen Anzahl von Fällen, die für die Hydroxylaminbehandlung geeignet sind, erforderlich.

Nach diesen Beobachtungen an gesunder Haut komme ich zu dem Schlufs, dafs das Hydroxylamin sich sehr schwer in seiner Wirkungsweise vorher berechnen läfst und schon deshalb wenig geeignet für die Praxis ist. In der grofsen Mehrzahl der Fälle kann man jedenfalls eine Dosierung von 5 : 100 nicht überschreiten, wenn man nicht riskieren will, fortwährend die Kur unterbrechen zu müssen, um interkurrente Entzündungen zu bekämpfen.

Es bleibt mir noch die allerdings etwas undankbare Aufgabe übrig, zu erklären, weshalb meine Resultate so ganz andere sind, als die früherer Beobachter. Von vornherein mufs ich dabei bemerken, dafs alle früheren Veröffentlichungen gar keine Rücksicht auf die Wirkung des Hydroxylamins auf gesunde Haut nehmen. Es ist das ein Fehler, der nur zu häufig bei der Erprobung neuer Mittel gemacht wird, und vor dem nicht eindringlich genug gewarnt werden kann.

Zunächst handelt es sich um die Veröffentlichung von Dr. Eichhoff in diesen *Monatsheften*. Eichhoff machte zuerst 11 Fälle bekannt, die er mit der spirituösen Lösung des Hydroxylamins 1 : 1000 mit überraschend günstigem Erfolge behandelt haben will, 5 Fälle von Lupus vulgaris, 5 von Herpes tonsurans capillitii und 1 Fall von Sycosis parasitaria faciei. Ich bin leider nicht in der Lage gewesen, vergleichende Beobachtungen bei Lupus vulgaris zu machen, und mufs daher die Angaben Eichhoffs als richtig hinnehmen. Ich bemerke aber gleich hier, dafs

Eichhoff bisher meines Wissens der einzige ist, der günstige Resultate von der Lösung 1 : 1000 gesehen hat. Selbst Dr. Fabry, der im übrigen sich sehr günstig über das Hydroxylamin ausspricht, bezeichnet diese Konzentration als zu schwach. — Was die Fälle von Herpes tonsurans und Sycosis anbetrifft, so glaube ich, hat die Kaliseife und der Spiritus mehr dabei gethan, als das Hydroxylamin. Vielleicht wären die Prozesse auch ohne jede Therapie zur Heilung gekommen, ein Vorkommnis, das ich durchaus nicht für selten halte. — Dieser Einwurf läſst sich überhaupt gegen die Eichhoffschen Beobachtungen erheben. Eichhoff hat es unterlassen, zur Kontrolle andere Mittel neben dem Hydroxylamin anzuwenden, wenigstens erwähnt er nichts davon in seiner Veröffentlichung. Ich glaube aber, daſs man ohne solche Vergleichungsversuche überhaupt kein Urteil über ein neues Mittel gewinnen kann. Man gibt sich zu leicht Illusionen hin, und ich fürchte, auch Eichhoff ist in seiner Begeisterung für das neue Mittel zu weit gegangen.

Eichhoff spricht dann auch von starken Reizerscheinungen, die die 1°/ooige Lösung hervorgebracht habe. Ich habe dergleichen nie beobachtet, und es liegt mir der Gedanke nahe, daſs Eichoff die Spirituswirkung für die des Hydroxylamins genommen hat, wie es mir auch zuerst gegangen ist. In der That kann man sich gar nicht wundern, daſs Entzündungen auftreten, wenn man einen exulcerierten Lupus mit Kaliseife und dem Borstenpinsel bearbeitet und womöglich noch Alkohol unter luft- und wasserdichtem Verschluſs darauf einwirken läſst.

Es macht mir übrigens den Eindruck, als ob Eichhoff selbst von seiner Freude an den schwachen Lösungen zurückgekommen ist. In seiner ersten Schrift warnt er davor, stärkere Lösungen als 1 : 1000 zu verwenden. In einzelnen Fällen habe er sogar noch schwächere brauchen müssen, weil die Reizung zu stark gewesen sei. In einer späteren Veröffentlichung sagt er dagegen, daſs er das Hydroxylamin jetzt in 1 bis 2°/oiger Form anwenden lasse, ja seine Hydroxylaminseife ist sogar 3°/oig, ein Verhältnis, dessen Höhe noch durch die auflösende Wirkung der Seife auf die Hornschicht gesteigert wird. Wer weiſs, vielleicht sind Dr. Eichhoff selbst schon leise Zweifel an der Richtigkeit seiner früheren Beobachtungen aufgestiegen.

Ich komme nun zu der Veröffentlichung des Dr. Fabry aus der Bonner Klinik. Es handelt sich dabei um die Hydroxylaminbehandlung der Psoriasis, ein Gegenstand, über den auch mir ein nicht unbedeutendes Material zu Verfügung steht.

Fabry hat zu seinen Versuchen eine spirituöse Lösung des salzsauren Hydroxylamins von 2—5 : 1000 gewählt. Die Lösung von 1 : 1000 erklärt er in Übereinstimmung mit mir für zu schwach. Fabry hat jedoch seiner Lösung kohlensauren Kalk bis zur Neutralisation zu-

gesetzt, wahrscheinlich, um die Wirkung der freien Salzsäure auszuscheiden. Nun ist aber schon seit langer Zeit der salzsaure Kalk, der sich bei diesem Verfahren doch bildet, als Antipsoriaticum bekannt. Ich habe allerdings persönlich keine Erfahrungen über seine Wirkungsweise, da er schon längst durch bessere Mittel ersetzt ist. Aber in den Autoren der sechziger Jahre kann Herr FABRY noch Empfehlungen des Kalkes finden. Jedenfalls ist durch diesen Zusatz die Reinheit seiner Beobachtungen getrübt, sie sind nicht mehr einwandsfrei.

Den Fehler EICHHOFFs hat Dr. FABRY vermieden und das Hydroxylamin in Vergleichung mit anderen Mitteln gezogen. Als allgemeines Schema seiner Behandlungsweise gibt er an, daſs er auf Kopf und Gesicht Pyrogallussäure, auf Brust und Rücken Hydroxylamin, auf den Extremitäten Anthrarobin angewendet habe. Er zieht aus seinen Beobachtungen den Schluſs, daſs das Hydroxylamin ebenso rasch wirke wie die Pyrogallussäure, rascher als das Anthrarobin. Nun ist es aber eine bekannte Thatsache, daſs die psoriatische Erkrankung am schnellsten auf dem Rumpfe, dann im Gesicht und erst zuletzt an den Extremitäten zurückgeht. Wenn also die Psoriasis auf Brust und Rücken unter dem Hydroxylamin ebenso rasch zur Heilung gekommen ist, wie im Gesicht unter Pyrogallussäure, so beweist mir das noch lange nicht die gleiche Wirkungskraft der beiden Mittel, ebensowenig wie mir die spätere Heilung der mit Anthrarobin behandelten Extremitäten die geringere Kraft dieses Mittels beweist. Nun sagt allerdings FABRY, er sei auch von diesem Schema abgewichen, und zwar so, daſs er stets gleich erkrankte Stellen in Vergleichung gezogen habe. Wahrscheinlich wollte er mit diesem Verfahren dem Einwande begegnen, den ich soeben gemacht habe. Ich glaube aber, er hat sich damit verrechnet. Stellen, die dem äuſseren Ansehen nach gleich stark erkrankt zu sein scheinen, brauchen es deshalb noch lange nicht zu sein. Im Gegenteil, die Stellen, die am schwersten erkrankt sind und am längsten der Heilung trotzen, von denen die Krankheit ausgegangen ist, sehen in der Regel viel harmloser aus als die übrigen frischeren Partien. Ich halte es für sehr schwer, wenn nicht unmöglich, von vornherein dem bloſsen Ansehen nach zu erklären, die und die Stellen sind gleich stark erkrankt. Der Grad der Erkrankung ergibt sich meist erst aus der Reaktion der Hautpartien auf angewendete Mittel. FABRYs günstige Resultate können demnach immer noch darauf beruhen, daſs er in dem guten Glauben, gleich stark erkrankte Stellen zu behandeln, thatsächlich das Hydroxylamin an leichter heilbaren Partien angewendet hat, als die waren, wo er die Pyrogallussäure gebraucht hat. Diese Fehlerquelle läſst sich nach meiner Ansicht nur vermeiden, wenn man in längerer Beobachtungsreihe systematisch beide Körperhälften in Vergleichung zieht und in geeigneten Fällen die Mittel, die gleichzeitig

auf beiden Körperhälften angewendet wurden, gegenseitig vertauscht, wie ich es gethan habe. Hat man dann wirklich einmal die leichter heilbaren Stellen in Vergleich mit schwereren gebracht, so gleicht sich das in einem anderen Falle wieder aus.

Fabry sagt ferner, daſs die Haut verschiedener Individuen ganz verschieden auf das Hydroxylamin reagiere. Darin liege die Hauptschwierigkeit bei der Anwendung des Hydroxylamins, daſs bei dem einen bei ganz geringen Dosen Reizerscheinungen entständen, bei dem andern nicht. Man müsse unter allen Umständen jede Reizung vermeiden, wenn man rasch zum Ziele kommen wolle. Das alles stimmt mit meinen Beobachtungen völlig überein. Nur muſs ich gestehen, daſs ein Mittel, bei dem man fortwährend zwischen Anwenden und Aussetzen lavieren muſs, wie bei dem Hydroxylamin, nicht gerade sehr verlockend ist und auch wohl keine allzu rasche Heilung verbürgt. Auch möchte ich darauf hinweisen, daſs selbst bei der gröſsten Vorsicht ein sehr langwieriges Hydroxylaminekzem nicht immer zu vermeiden ist. In der ambulanten Praxis ist aber ein solches Tasten mit dem Mittel gar nicht durchzuführen. Und wenn man, wie Fabry vorschlägt, hier schwächere Lösungen in Anwendung ziehen wollte, so würde man damit eine viel spätere Heilung erzielen, als mit anderen Mitteln, ja vielleicht gar keine. Demnach eignet sich das Hydroxylamin überhaupt bloſs für die Spitalpraxis.

Es kommt noch hinzu, daſs die toxischen Eigenschaften des neuen Präparats gefährlich werden können, wie Fabry selbst an einem Falle erlebt hat. Es würde schon deshalb die Verwendung des Hydroxylamins auf die Klinik beschränkt sein. Denn eine Überwachung der Urinausscheidung in der externen Praxis ist zum mindesten sehr unbequem.

Fabry sagt, die Psoriasisfälle, die er behandelt habe, seien meist inveterierte gewesen; ja, fügt er als besonders schwerwiegend hinzu, bei einzelnen habe man kaum normale Hautstellen konstatieren können. Ich kann ihm darauf nur erwidern, daſs sich Ausbreitung und Hartnäckigkeit einer Erkrankung durchaus nicht decken, daſs sogar öfters die ausgedehnteste Psoriasis viel rascher zu beseitigen ist als eine beschränkte.

Fabry hat das Hydroxylamin auch in hydropathischen Umschlägen angewendet. Ich bin in gleicher Weise verfahren, lege aber auf die Resultate dieser Beobachtungen, die übrigens auch nicht gerade erfreulich waren, kein Gewicht. Ich thue das deshalb, weil der hydropathische Umschlag an und für sich schon ein Mittel gegen Psoriasis ist. Wenn also Fabry das Hydroxylamin in hydropathischen Umschlägen, noch dazu neutralisiert durch Kalk, anwendet, so macht er — vielleicht — ganz richtige Beobachtungen über die Kombination dieser 3 Mittel, aber nicht über das Hydroxylamin. Zum mindesten hätte er doch auf der einen Seite Hydroxylaminumschläge, auf der anderen bloſs hydropathische Um-

schläge machen müssen. Wenn dann ein Vorzug der einen Methode vor der anderen zu konstatieren gewesen wäre, dann hätte er sagen können, dieser Vorzug ist dem Hydroxylamin zuzuschreiben, obwohl mir auch dann noch der Schlufs etwas gewagt vorkommen würde. So, wie er die Sache betrieben hat, sind seine Versuche völlig bedeutungslos. In dieser Weise kann man wohl altbewährte Mittel kombinieren, um schnellere Resultate zu erzielen, wenn man aber ein neues, bisher unbekanntes Mittel so auf die Probe stellen will, so begeht man einfach einen Fehler. Ganz abgesehen aber davon ist der hydropathische Umschlag nur in wenigen Fällen, wenn der Prozefs streng lokalisiert ist, anwendbar. Und Leute, die während der Kur arbeiten wollen, kann man höchstens des Nachts einpacken. Sie werden aber nicht sehr glücklich darüber sein, denn das Hydroxylamin verursacht starkes Jucken und Brennen und raubt den Schlaf.

Schliefslich ist mir noch eins in der FABRYschen Schrift aufgefallen. Er sagt, dafs in der Bonner Klinik neben der örtlichen Behandlung gewöhnlich noch Arsenik oder Jodkalium gegeben werde. Wenn das auch bei den mit Hydroxylamin behandelten Kranken geschehen ist, so fallen damit alle seine Schlüsse.

In seiner Schrift über medizinische Seifen[1] kommt Dr. EICHHOFF noch einmal kurz auf das Hydroxylamin zu sprechen. Er beruft sich auf seine früheren günstigen Resultate und fügt dann einige Krankengeschichten bei, die allerdings in erster Linie die Vortrefflichkeit der Seifenbehandlung beweisen sollen, nebenbei aber auch den Zweck zu haben scheinen, das Hydroxylamin in Anerkennung zu bringen. Von Wert ist darin nur ein Psoriasisfall. Denn die anderen Male hat Dr. EICHHOFF wiederum versäumt, Kontrollmittel anzuwenden. In dem erwähnten brauchbaren Falle hat EICHHOFF seine 3 %ige Hydroxylaminseife in Vergleich mit 15 %iger Chrysarobinsalbe gezogen, und zwar so, dafs er auf dem linken Arme Hydroxylaminseifenschaum eintrocknen liefs und ihn dann mit Guttaperchapapier zudeckte; den rechten Arm liefs er in gleicher Weise mit Chrysarobin behandeln, das linke Bein blofs mit Hydroxylaminseifenschaum, das rechte blofs mit Chrysarobin. Nach 14 Tagen seien der rechte und der linke Arm gleich weit in der Heilung vorgeschritten, das rechte Bein etwas, das linke Bein, das blofs mit Hydroxylamin behandelt wurde, am weitesten zurück gewesen. EICHHOFF zieht daraus den seiner Arbeit entsprechenden und gewifs auch berechtigten Schlufs, dafs die erste Applikationsweise die beste sei. EICHHOFF bedenkt allerdings dabei nicht, dafs er zur Behandlung einer Psoriasis universalis auf diese Weise

[1] *Dermatolog. Studien.* 2. Reihe. 1. Heft. (*Ergänzungshefte zu Monatshefte f. prakt. Dermat.* 1889. I.)

entweder für einige Mark Guttaperchapapier brauchen würde, oder wenn er die Krankheit in einzelnen Abschnitten heilen wollte, noch einmal so viel Zeit zur Heilung verwenden müfste als bei der einfachen Pyrogallussäurebehandlung. Aber um ganz hiervon zu schweigen, wird doch durch die EICHHOFFsche Krankengeschichte nur die Vortrefflichkeit der Kombination der Hydroxylaminseife mit dem Guttaperchapapier bewiesen. Für das Hydroxylamin wird gar nichts damit gesagt, denn das Guttaperchapapier wirkt ähnlich wie der hydropatische Umschlag, und es gilt daher für diesen Teil der EICHHOFFschen Beobachtung dasselbe, was ich vorher über die FABRYschen Beobachtungen sagte. Das Wichtige an dem EICHHOFFschen Falle für mich ist, dafs das linke Bein hinter dem rechten zurückblieb, dafs also das Hydroxylamin schwächer wirkt als das Chrysarobin. Ich bin Herrn EICHHOFF sehr dankbar für die Veröffentlichung dieses Falles und stimme der Schlufsfolgerung, die sich daraus ziehen läfst, völlig bei. Das Hydroxylamin steht weit hinter dem Chrysarobin zurück.

Ich komme damit auf meine eigenen Beobachtungen zurück, die ich noch einmal zusammenfassen will. Nach meinen Erfahrungen ist das Hydroxylamin in einer Verdünnung von 1 : 1000 so gut wie unwirksam. In 2—5 ‰ Konzentration bedingt es unter Umständen Reizungen, erweist sich aber als sehr wenig wirksam. In 1%iger Konzentration wirkt es fast stets reizend bei längerer Anwendung, einzelne Krankheitsfälle vermag es auch in dieser Konzentration nicht zu bessern, bei anderen wirkt es allerdings, aber stets langsamer als Chrysarobin und Pyrogallussäure. Das Hydroxylamin eignet sich nicht für die Privatpraxis, weil eine Überwachung der Patienten, die wegen der Intoxikationsgefahr und der eintretenden Entzündungen nötig ist, schwer durchzuführen sein würde. Es bringt die Gefahr mit sich, Ekzeme und Dermatitiden hervorzurufen, die länger dauern als die Krankheit, gegen die es gebraucht wurde. Recidive vermag es nicht zu verhüten.[2]

Die oft gerühmten Vorzüge des Hydroxylamins sind seine Billigkeit

---

[2] Seit Ende Juni 1889, wo diese Arbeit vollendet wurde, bis Anfang Oktober habe ich in zahlreichen Fällen das Hydroxylamin angewendet, namentlich gegen Psoriasis und Herpes tonsurans. Ich habe stets die Richtigkeit der oben aufgestellten Sätze bestätigt gefunden.

Ich weise hier noch auf die Diskussion über das Hydroxylamin hin, die in der Sitzung der dermatologischen Vereinigung zu Berlin vom 2. Juli 1889 stattgefunden hat. Nach dem Referat über dieselbe in *Monatshefte für prakt. Dermat.* Bd. IX. No. 6. Seite 281 haben sich die Herren HOFFMANN und KOEBNER gegen das Hydroxylamin ausgesprochen, während Herr BLASCHKO von dem Hydroxylamin sehr günstige Wirkungen gesehen hat, aber nur, wie er selbst betont, in 1—2%iger Salbenform.

Auch in Hamburg und Wien sind, wie ich höre, Versuche mit dem neuen Mittel gemacht worden. Veröffentlichungen über die dort erzielten Resultate sind meines Wissens noch nicht gemacht worden.

und die Fähigkeit, Hautkranke zu heilen, ohne ihnen Wäsche und Körper zu färben.

Was die Billigkeit anbetrifft, so sind die Unterschiede zwischen Hydroxylamin und Pyrogallussäure doch nicht so sehr groſs; das leuchtet um so mehr ein, wenn man bedenkt, daſs das eigentlich Teuere in der Apotheke doch nicht die Mittel, sondern die Zusätze und die Zubereitung sind. Völlig illusorisch aber wird der Vorteil dadurch, daſs die Behandlung mit Hydroxylamin länger dauert, und die Patienten dadurch längere Zeit arbeitsunfähig bleiben, respektive länger Arzt und Arznei bezahlen müssen. —

Daſs das Hydroxylamin den Körper und die Wäsche nicht färbt, klingt schon bestechender. Und doch ist es vielleicht gerade dieser Umstand, der dem Mittel den Todesstoſs gibt. Unna hat in seiner Arbeit über „Ichthyol und Resorcin als Repräsentanten der Gruppe reduzierender Heilmittel" (*Dermatolog. Studien.* 1. Reihe. 2. Heft. [*Monatshefte für prakt. Dermatologie.* 1886. Ergänzungsheft II]) nachgewiesen, daſs bei der Applikation jedes reduzierenden Mittels auf die Haut gerade durch den Reduktionsprozeſs eine Färbung der Haut hervorgerufen wird. Das Hydroxylamin ruft diese Färbung nicht hervor. Es liegt damit die Vermutung nahe, daſs das Hydroxylamin überhaupt nicht in dem Sinne ein „reduzierendes Mittel" ist, in dem Unna die Bezeichnung „reduzierend" für eine gewisse Gruppe von Mitteln aufgestellt hat. Daſs das Hydroxylamin im Reagensglase und im Blute reduzierend wirkt, daran zweifelt niemand. Daſs es aber kein eigentliches Reduktionsmittel ist, wage ich zu behaupten.

Um übrigens ganz von dieser Streitfrage abzusehen, will ich den sogenannten Vorzug auch nach einer anderen Seite hin beleuchten. Ich habe einmal einen unserer ersten Chirurgen sagen hören, „daſs er die Jodtinktur mit Vorliebe bei Gelenkentzündungen anwende. Nicht weil es hülfe, daran glaube er nicht. Aber es mache die Haut schön braun, und das gefalle den Leuten und mache sie zuversichtlich, und es mache Schmerzen, und das bewege sie still zu liegen." Da steckt viel Wahres darin. Von den zahlreichen Kranken, die ich poliklinisch mit dem Hydroxylamin behandelt habe, sind nur drei wiedergekommen, die anderen haben sich gar bald der Behandlung entzogen. Ich bin fest überzeugt, hätte man ihnen die Haut mit Pyrogallussäure gefärbt, sie hätten mehr Ausdauer gehabt. Wem das aber nicht ganz glaublich erscheint, dem möchte ich eine kleine Geschichte erzählen, die mir jüngst ein Kollege mitgeteilt hat. Zu dem ist vor kurzem ein Herr aus gebildeten Kreisen, wenn ich nicht irre, ein Regierungsrat, gekommen und hat um Rat gefragt gegen eine Psoriasis universalis. Der Herr Kollege hat ihm darauf für die eine Körperhälfte eine Teerseife, für die andere eine Hydro-

xylaminseife gegeben, mit der Bitte, sie beide gleichzeitig zu gebrauchen, er wolle den Fall zu einer Arbeit verwerten. Nach 12 Tagen ist der Herr wiedergekommen, auf dem ganzen Körper schön braun von der Teerseife bemalt. Auf die Frage, weshalb er nicht auf der einen Körperhälfte die Hydroxylaminseife benutzt habe, wie im anempfohlen, erwiderte er, das habe er auch in den ersten 3 Tagen gethan; aber als er gesehen, daſs das Zeug nichts tauge, habe er sich lieber ganz braun gefärbt, um gesund zu werden. — Nun, das spricht für sich selber.

Die Zurückweisung, die ich dem Hydroxylamin habe angedeihen lassen, erscheint vielleicht manchem etwas zu weit ausgedehnt in Ansehung des negativen Resultates. Aber die Sache hat ihren besonderen Grund. Ich habe an diesem einen Beispiele zeigen wollen, wie manche neue Mittel ohne die nötige Kontrolle dringend empfohlen werden. Glauben denn die Kollegen, welche neue Arzneimittel aufbringen, daſs sie damit allein schon einen Fortschritt für unsere Kunst schaffen? Sie bereichern vielleicht dadurch die Pharmakopöe um einen neuen Namen zum Schrecken aller Staatsexaminanden, aber das ist noch kein Vorteil für die Medizin. Ein Mittel, das spezifisch wirkt, findet man ja doch nicht. Dafür, daſs sich die ärztliche Welt nun schon seit Jahrhunderten abmüht, solche wirkliche Heilmittel zu finden, ist doch der Ertrag etwas dürftig. Er besteht in 3, höchstens 4 Mitteln, Quecksilber, Jod, Chinin und vielleicht Natron salicylicum. Ich hege alle Hochachtung vor den Fortschritten der Chemie, aber ich muſs gestehen, mir erscheint es etwas unwahrscheinlich, daſs man in der Retorte so rasch das findet, was so lange vergeblich gesucht worden ist. Der Zopf des Arzneiglaubens, den wir von unseren Vätern ererbt haben, sollte doch endlich einmal ausgerissen werden. Er ist wirklich etwas unmodern geworden. Abgeschnitten ist er freilich schon oft, nur schade, er wächst immer wieder.

Die Aufklärung macht sich allerdings auch schon hier geltend. Die wirklich Groſsen unter den Ärzten für innere Krankheiten haben sich längst von jenen Illusionen befreit. Sie wissen, daſs unsere Kunst nicht im Rezeptschreiben besteht. Aber gerade die Dermatologen, die doch durch ihre Thätigkeit gelernt haben sollten, mit Augen zu sehen und mit Händen zu greifen, wollen noch immer nicht einsehen, daſs es nicht genügt, eine Salbe aufzuschmieren oder ein Pflaster zu streichen und damit den einzelnen Fall zu kurieren. Das ist keine Heilung. Zum Heilen gehört mehr.

Nehmen wir an, wir hätten ein Mittel gegen Psoriasis, wie das Chinin gegen das Wechselfieber. Was wäre damit geholfen? Den einzelnen Fall könnten wir vielleicht etwas rascher zur Heilung bringen; aber schlieſslich genügt bescheidenen Ansprüchen auch das Chrysarobin. Den Recidiven könnten wir aber auch mit dem besten Specificum nicht

vorbeugen. Sie würden immer wiederkehren. Da müssen wir nach anderen Hilfen umschauen. Es genügt nicht, die Bakterien, denen wir die Schuld an der Psoriasis beimessen, zu töten. Das kann jeder Student, wenn er ein Semester Arzneimittellehre gehört hat. Wir müssen den Kranken so heilen, daſs er nie wieder Psoriasis bekommt. Das rätselhafte Ding, das wir in unserer Unwissenheit „Prädisposition" nennen, das müssen wir angreifen.

Und wodurch ist denn eigentlich diese geheimnisvolle Prädisposition bedingt. An das Märchen von der Vererbung glaube ich nicht. Ich halte dafür, daſs in den Lebensverhältnissen, in denen das Individuum existiert, der Grund zu der Möglichkeit einer Erkrankung liegt. Diese Lebensverhältnisse ändern, so ändern, daſs sie nicht mehr schädigend auf den Organismus einwirken können, das heiſst wirklich heilen. Und wer das kann, der ist ein wirklicher Arzt.

Freilich, wir sind noch weit von diesem Ideal entfernt, und es wird wohl mancher unter meinen Lesern sein, der nur ein mitleidiges Achselzucken für den jugendlichen Schwärmer hat, der mit so abstrakten Ideen herumwirft, als wären es Steine zu Cyklopenmauern. — Nun, ganz so abstrakt sind die Ideen doch nicht. Es sind doch schon Erfolge damit erzielt worden. Versuchen wir es nur einmal! Fangen wir an bei der Psoriasis und setzen wir den Kranken unter die denkbar einfachsten Lebensbedingungen! Allgemeine Regeln lassen sich natürlich dabei nicht aufstellen. Das ist Sache der Erfahrung jedes einzelnen. Und strenges Individualisieren ist dabei erstes Erfordernis, wie überhaupt in der Medizin. Aber es läſst sich doch schon manches darüber sagen. Man fängt eben mit dem Einfachsten an, mit dem Essen, Trinken, Schlafen. Das zu regeln ist schon eine Aufgabe, des Schweiſses der Edlen wert, und man wird davon schon Erfolge sehen. Dann gehe man zu komplizierteren Dingen über, die Art und Zeit der Beschäftigung, das Verweilen im Freien und in der Wohnung, das Sitzen und Gehen, kurz, man läſst den Kranken den Weg zurückgehen, auf dem er krank geworden ist. All das auszumerzen, was dabei Schädliches gefunden wird, das ist das Geheimnis der Kunst. Es ist schon einmal von meinem verehrten Lehrer SCHWENINGER in einem Aufsatze über diätetische Behandlung der Ekzeme (*Mitteilungen aus der dermatologischen Klinik zu Berlin*)[3] auf diese Art der Betrachtung hingewiesen worden und mit thatsächlichen Belegen. Seine Worte sind ungelesen oder doch unbeachtet geblieben. Vermutlich wird es mir, seinem unbedeutenden Schüler, nicht besser gehen. Aber vielleicht findet sich doch der oder jener, in dem durch diese Zeilen Gedanken wachgerufen werden, die der Sache fruchtbringend sein können.

[3] Ref. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889. pag. 228.

Und wenn es auch nur Zweifel an dem allein seligmachenden Arzneiglauben sind, die dadurch in ihm angeregt werden. Damit ist schon viel gewonnen.

Wer meine Arbeit bis hierher gelesen hat, wird es mir nicht verdenken, wenn ich als Facit den Ärzten eine eindringliche Warnung vor dem Hydroxylamin zurufe. Wir haben genug Mittel, die besser sind. Das Hydroxylamin ist überflüssig. Was aber überflüssig ist, das ist schädlich. Die Ärzte nennen sich „praktisch" vor allen anderen Ständen, und doch bieten sie der lachenden Mitwelt das Schauspiel, sich mit einem endlosen Ballast von Arzneimitteln immer wieder von neuem zu beladen, der zu nichts gut ist. Das Wort „praktisch", so der Welt von den Ärzten illustriert, ist eine Satire, gegen die der malade imaginaire ein Kinderspiel ist. Schon der alte Paracelsus hat einmal gesagt: „Es ist nicht von nöten, so viel Büchsen und Skatulen und Gläser in der Apotheke zu haben."

Das Wort war damals wahr und ist es auch heute noch.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

von

P. G. Unna.

V.

Ödem.

(Fortsetzung.)

Etwas anderes sind die Ödeme der Paraplegiker und Paralytiker und überhaupt die Ödeme an gelähmten Gliedern aufzufassen. Wenn bei den zuletzt besprochenen Ödemen das Mifsverhältnis hauptsächlich durch einen auf die Venenwandung ausgeübten, abnorm starken, centrifugalen Nervenreiz hervorgebracht wird, so ist die Verstärkung des Venentonus bei Paralyse der Extremitäten wohl hauptsächlich als eine

idiopathische aufzufassen. Nachdem die sämtlichen Vasomotoren (Arterio- und Venomotoren) des betreffenden Gliedes gelähmt sind, übernehmen die peripheren vasomotorischen Centren allein die Regulierung des Gefäſskalibers, die ja nach der Lage des Gliedes eine verschiedene sein muſs. Auf die anfängliche Hyperämie folgt eine Anämie, und wenn der Idiotonus der Venen überwiegt, ein Ödem. Daſs die Regulierung nach Ausschaltung der Centren des Gehirns und Rückenmarks nicht mehr so fein arbeitet wie vorher, ist selbstverständlich. Relative Hypertonie der Arterien wird als ein geringer permanenter Zustand von Anämie nicht besonders zur Wahrnehmung gelangen, relative Hypertonie der Venen muſs dagegen sofort durch ödematöse Schwellung des gelähmten Gliedes auffallen. Daher die häufigeren Berichte über Ödeme an paretischen und paralytischen Gliedern, während die ungenügende Kompensation der centralen Tonuslähmung ganz im allgemeinen, nicht nur diejenige in der Richtung eines stärkeren Venentonus, wohl die Regel bilden wird.

Auſser den urtikariellen, neuralgischen, rheumatischen und paralytischen Ödemen, die alle einen mehr oder weniger lokalen Charakter besitzen, rechne ich noch zu der groſsen Abteilung der nervösen oder neurogenen Ödeme eine inhaltreiche Gruppe, die auf den ersten Blick sehr zusammengesetzt erscheint, da sie anscheinend sehr heterogene, akute und chronische Ödeme aufweist. Es ist die Gruppe der toxischen Ödeme, welche als gemeinsamen Charakter eine durch das cirkulierende Blut direkt an den Gefäſswandungen hervorgerufene Inkongruenz zwischen Arterien- und Venentonus, gleichsam eine Inkoordination beider Fasersysteme durch toxischen Einfluſs aufweisen. Hierher gehören die Ödeme durch Einwirkung des Morphiums, vermutlich auch die beim Frosche oft wahrgenommenen, bisher nicht erklärten, nach Curarevergiftung, und die regelmäſsig vor dem Tode nach Schlangenbiſs sich am ganzen Körper einstellenden Anschwellungen. Ich möchte aber, bis fernere Untersuchungen eine plausiblere Erklärung wahrscheinlich machen, auch die Ödeme bei Nierenkrankheiten und die Scharlachwassersucht hierher zu den toxischen Ödemen rechnen. Keine der bisher versuchten Deutungen dieser Ödeme hat allseitig zu befriedigen vermocht. Nachdem Cohnheim gezeigt hatte, daſs die Hydrämie und selbst eine hydrämische Plethora der Nephritiker nicht deren Anasarka erklären kann, lag es nahe, nach Andeutungen desselben Autors an eine chronisch entzündliche Alteration der Blutgefäſse der Haut als ursächliches Moment für den Hydrops derselben zu denken. Histologisch ist jedoch von einer solchen Alteration der Blutgefäſse auch bei lange bestehendem nephritischen Ödem, wie ich mich überzeugt habe, nichts zu bemerken; eine anatomische Grundlage fehlt also auch dieser Annahme bisher. Auſserdem ist aber in betreff derselben noch einzuwenden, daſs die wechselnden

und häufig rasch vorübergehenden Ödeme bei der Schrumpfniere eine solche Erklärung einer bleibenden Alteration der Hautgefäſse gar nicht zulassen und viel besser sich in den Rahmen der neurogenen Ödeme fügen. Die Vorstellung, daſs die Nichtausscheidung gewisser exkrementieller Stoffe bei Nephritis als Ursache der Ödeme anzusehen sei, ist eine sehr alte (WILLIAMS), und es würde eine lohnende Studie für experimentelle Pathologen abgeben, zu versuchen — wie den Komplex des Hirnödems und der Urämie — so auch den der Hautwassersucht bei Tieren durch die Stoffwechselprodukte Nephritischer herbeizuführen.

Diesen wohlbekannten Schwellungen möchte ich die noch zu wenig studierten sogenannten klimatischen Wassersuchten anreihen, welche in der heiſsen Zone, hin und wieder sogar epidemienweise auftreten. Neuerdings an Soldaten der französischen Armee in Nordafrika beobachtet, wurden sie auf kalten Trunk, Erkältungen im Bivouak etc. zurückgeführt. Intoxikationen vom Darmkanal aus würden sie jedoch, wie mir scheint, besser zu erklären geeignet sein und dieselben in eine gewisse Analogie zu der Urticaria ab ingestis bringen. Auch sonst wird bei Bewohnern der Tropen zuweilen eine allgemeine Neigung zu vorübergehenden, umschriebenen, leichten Ödemen (ohne Eiweiſs im Urin) bemerkt, die ohne jede Folge für den Gesamtorganismus zu sein scheinen. In betreff dieser allgemeinen Disposition ist wohl von jeder Intoxikation abzusehen und vielmehr daran zu erinnern, daſs die tropische Anämie (s. Kapitel Anämie) der Haut eigentlich als Gegenstück das tropische Ödem verlangt. Wir sahen bei Besprechung jener, daſs man sie als die Selbststeuerung der Gefäſse gegenüber dem lähmenden Einflusse der Hitze betrachten müsse. Daſs auch der Venentonus in permanenter Hitze eines stärkeren Idiotonus bedarf und sich dessen erfreut, ist wohl als selbstverständlich zu betrachten. Jede Inkoordination im Tonus beider Systeme kommt natürlich um so eher zur Geltung, je mehr derselbe hier und dort in Anspruch genommen ist. Ein transitorisch stärkerer Arteriotonus wird als einfache Anämie der Beachtung wohl immer entgehen, ein vorübergehend stärkerer Tonus der Hautvenen aber als Ödem sicher zur Wahrnehmung gelangen.

Es kann trotz allem, was darüber geschrieben ist, zweifelhaft sein, ob sich auch die „kachektischen“ Ödeme hier anreihen lassen. JANKOWSKY[1] hat zwar gezeigt, daſs bei künstlich hydrämisierten Tieren Hautwassersucht auf geringfügige, sonst leicht ausgeglichene Stauungen entsteht, sowie daſs bei denselben Tieren Entzündungen mit bedeutendem Ödem einhergehen. Man wird bei wirklich bedeutender hydrämischer

---

[1] JANKOWSKY, Über die Bedeutung der Gefäſsnerven für die Entwickelung des Ödems. *Virchows Archiv.* Bd. 93. pag. 259.

Plethora sich dessen zu erinnern haben; aber diese Thatsachen lassen wohl kaum eine ausgedehntere Anwendung zu für die gewöhnlichen Fälle von Ödem bei einfacher Hydrämie, wie wir es bei chronischen abzehrenden Krankheiten so häufig in den vorgerückten Stadien, aber stets nur an beschränkten Stellen, finden. Mir ist es daher wahrscheinlicher, daſs die „kachektische" Disposition zum Ödem, welche unter Hinzutritt von Stauungen, z. B. in der Gegend der Fuſsknöchel, manifest wird, auch zu den Autointoxikationen zu rechnen ist, wie sie sub finem bei Karcinomatösen und Phthisikern auch sonst zur Wahrnehmung gelangen. Die Phthisis speziell dokumentiert schon lange vor dem Stadium der Kachexie durch die bekannten Trommelschlägerfinger, daſs sie einen beständigen, stauungsbefördernden Einfluſs auf das gesamte Cirkulationssystem ausübt. Auſser einem derartigen toxischen Reize auf das vasomotorische System mag auch die gleichzeitig bestehende allgemeine Anämie, welcher besonders die Hautgefäſse sich durch einen stärkeren Idiotonus anpassen (*kachektische Anämie*), zur Entstehung der kachektischen Ödeme beitragen. Denn jede Inkoordination im Tonus führt eher zum Ödem, je stärker derselbe beiderseits schon in Anspruch genommen war. Ein Überwiegen des Venentonus unter dem Einflusse toxischer Stoffwechselprodukte (Ptomaine und Leukomaine)[2], hinzugesellt zu der akkomodativen Anämie — das scheint mir die wahrscheinlichste Grundlage des sogenannten kachektischen Ödems zu sein. Jedenfalls können wir nach den bekannten Untersuchungen von Cohnheim und Lichtheim die Hydrämie als Ursache desselben fallen lassen. Sie vermag höchstens die Quantität des so gebildeten Ödems zu vermehren und seinen Gehalt an Eiweiſs und Salzen noch zu vermindern. Entzündliche Veränderungen an den Hautgefäſsen sind bei den prämortalen Ödemen der Phthisiker auch nicht nachzuweisen; wir haben es jedenfalls mit Ödemen aus mechanischer Ursache zu thun.

Wie die bisherigen Betrachtungen zeigen, ist das Gebiet des mechanischen oder Stauungsödems ein sehr umfangreiches. Durch die gebührende Berücksichtigung des *Venentonus* ist es uns möglich gewesen, eine Reihe bisher sehr dunkler Formen des Ödems ebenso wie die einfacheren Stauungsödeme auf die allgemeine Grundformel

$$l = a - v.$$

zurückzuführen. Damit sind sie nicht nur vorläufig einem besseren Verständnis erschlossen; es ergeben sich auch aus dieser Auffassung eine Reihe neuer Aufgaben für die experimentell-pathologische Forschung. Die rein mechanische Auffassung, welche dadurch einer Reihe bisher

[2] Bei Herzschwäche kurz vor dem Ende der betreffenden Patienten ist auch an eine derselben parallel verlaufende Abschwächung des *arteriellen* Tonus als ödematoforen Umstand zu denken.

ganz verschiedenartig beurteilter Ödeme, wie dem kachektischen, kollateralen, nephritischen gleichmäßsig aufgeprägt wird, deckt sich übrigens mit der Thatsache, daß auch der histologische Befund bei allen ein ganz gleichmäßiger und bis auf die ödematösen Erweiterungen völlig negativer ist.

Ein ganz anderes Gebiet betreten wir, wie schon im Anfange des Kapitels bemerkt, mit der Besprechung der entzündlichen Ödeme. Eine große Reihe von Ödemen, welchen öfters eine entzündliche Natur zugeschrieben wurde, wollen wir hier von vornherein ausschließen. Es sind dies jene kollateralen, urtikariellen, neuralgischen, rheumatischen und nephritischen Ödeme, welche wir bereits als mechanischen Ursprungs hingestellt haben. Nur dort erscheint der Begriff eines entzündlichen Ödems gerechtfertigt, wo eine wirkliche Entzündung akuter, subkutaner oder chronischer Art vorliegt. Wenn man auch noch so sehr die neueren Bestrebungen, die feineren Veränderungen aufzufinden, welche der Entzündungsreiz an allen Gewebsteilen hervorruft, gerechtfertigt findet, so bleiben doch immer die von Cohnheim postulierten Alterationen der Gefäßwand bei der Entzündung und die obligate Auswanderung weißer Blutkörperchen gleichsam der Mittelpunkt, um den alle anderen, ferneren und späteren Veränderungen sich gruppieren. Weniger in die Augen fallend, aber untrennbar mit der Wandveränderung und der Auswanderung verbunden, ist der Austritt abnorm eiweißreicher Lymphe (Lassar) aus den Blutgefäßen und in der Haut speziell aus denselben venösen Kapillaren und Venen, welche normalerweise die Hautlymphe einzusaugen bestimmt sind. Die Entzündung schafft mithin gerade an der Haut — mehr als an vielen anderen Organen — Verhältnisse des Saftstromes, die der Norm diametral entgegengesetzt sind. Bei einer Hautentzündung ist die Hautlymphe wegen der sehr verminderten Resorptionsfähigkeit der Venen völlig auf die Seitenbahn der Lymphwege angewiesen, und daher verbindet sich mit jeder stärkeren Entzündung der Haut eo ipso eine Schwellung des Gewebes, ein Tumor. Wären die 4 Kardinalsymptome der Entzündung etwa von der Lunge oder dem Magen hergenommen, so würde dem „Tumor" sicherlich nicht eine so hervorragende Stelle eingeräumt worden sein (viel eher hier der functio laesa). Eigentlich gibt also jede Hautentzündung Gelegenheit zur Beobachtung des entzündlichen Ödems, aber doch in sehr verschiedenem Grade. Am wenigsten bei jenen mit starker Epithelproliferation einhergehenden, sehr oberflächlichen und sehr chronischen Hautentzündungen, (Psoriasis etc.), die Auspitz von den Entzündungen unter dem Namen Parakeratosen überhaupt abtrennen wollte. Schon mehr tritt das entzündliche Ödem bei den feuchten Hautkatarrhen (Ekzem) und den oberflächlichen, follikulären Eiterungen (Acne pustulosa, Impetigo, Sykosis

coccogenes) hervor. Noch intensivere Schwellungen treten bei den tieferen und ausgedehnteren Entzündungen auf, welche durch diffuse Ausbreitung der Entzündungserreger in der Cutis entstehen (Erysipelas, Panaritium, Phlegmone). Die stärksten entzündlichen Ödeme jedoch zeigen die durch chemische oder physikalische Reizmittel erzeugten Dermatitiden. Alle Rubefacentien und Vesikantien, die reduzierenden Mittel in starker Dosis und die Caustica, die Verbrennungen und Erfrierungen rufen auf jeder Haut bei bestimmtem Grade der Einwirkung Entzündungen hervor, die sich mit einem besonders starken Ödem paaren. Hebra sen. hat für manche dieser künstlichen Entzündungen, wenn sie mit Bläschenbildung einhergingen, den Begriff des „akuten Ekzems" geschaffen, mit welchem durchaus nicht etwa akutere Schübe des gewöhnlichen chronischen Ekzems gemeint sind. Dieses „akute Ekzem" Hebras ist nach unserer jetzigen Auffassung gar kein „Ekzem", sondern eine (wohl immer durch chemische oder physikalische Mittel erzeugte) „Dermatitis". Diese beiden Begriffe trennen wir scharf, um denjenigen des Ekzems rein von allen nicht dahin gehörigen Prozessen erhalten zu können. Es ist — um unseren späteren Auseinandersetzungen hierin nicht vorgreifen zu müssen — kurz gesagt etwa ein Unterschied wie zwischen Magenkatarrh und Gastritis.

Die meist mit starkem Ödem komplizierten akuten Dermatitiden sind nicht stets durch starke äufsere Traumen der genannten Art erzeugt. Gerade dem Dermatologen stehen besonders grofse Erfahrungen über das Auftreten stärkster Hautentzündungen zu Gebote, die nach verhältnismäfsig sehr schwachen, z. B. medikamentösen Einwirkungen, aber dann immer nur bei solchen Individuen auftreten, welche für den bestimmten Stoff (Resorcin, Chrysarobin, Teer, Jodoform, Sublimat etc. etc.) eine Idiosynkrasie besitzen. Es gibt kaum irgend einen, überhaupt nur chemisch wirkenden Stoff, für welchen nicht eine oder die andere Haut eine Idiosynkrasie besäfse; mir ist eine solche sogar für Zinkoxyd und für Bleiwasser vorgekommen. In allen diesen Fällen arteficieller Dermatitis pflegt auch eine besondere Neigung zur Ödembildung zu bestehen, ähnlich wie bei manchen Erythemen arzneilichen Ursprungs, z. B. bei dem Chininexanthem.

Nach dem Gesagten ist es einleuchtend, dafs das gröfste Kontingent der entzündlichen Ödeme von entzündlichen Dermatosen gestellt wird, die aufserdem noch unter der Einwirkung solcher Medikamente stehen, die unter Umständen allein eine Dermatitis hervorzurufen vermögen. In der That ist das entzündliche Ödem ein beständiger Gast in Hautkliniken, den bis zu einer gewissen Grenze heranzuziehen, in seiner ganzen Ausbildung aber fernzuhalten, einen Teil der alltäglichen Kunst und Arbeit ausmacht.

Schon bei Gelegenheit des Drucködems sind wir auf die Komplikation von diesem mit der Entzündung aufmerksam geworden, und es ist ja selbstverständlich, daſs durch die alterierten Gefäſse noch weit mehr Serum in das Gewebe über- und weit weniger zurücktritt, wenn entzündete Hautgebiete, z. B. durch einen unzweckmäſsigen Verband, eingeschnürt werden. Wir erleben da durch sehr geringe Einschnürungen ganz erstaunlich umfangreiche Ödeme und lange anhaltende elephantiastische Verdickungen der Haut, was hier keiner weiteren Erklärung mehr bedarf.

Ebenso wirkt, nur in etwas schwächerem Grade, die Schwere als ödembefördernde Komplikation bei Entzündungen, wovon manche elephantiastische Fälle von Beinekzemen Zeugnis ablegen.

(Fortsetzung folgt.)

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 3. Dezember 1889.

Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer: Herr Rosenthal.

Der Vorsitzende widmet vor der Tagesordnung einige Worte dem Andenken v. Volkmanns, indem er nachwies, daſs derselbe auch im gewissen Sinne zu den Dermatologen zu rechnen sei, da er auch auf diesem Gebiete manches Schöne geleistet hat. Die Anwesenden erheben sich zum Andenken an den Verstorbenen.

Herr Lassar hält dann seinen angekündigten Vortrag: **Über unvermittelte Spätsyphilis,** mit Demonstrationen. Der Vortragende meint, daſs man aus der Genese der syphilitischen Formen, auch wo jeder Anhalt für die Diagnose sonst fehlt, manchmal dieselbe stellen muſs; solche Fälle sind nicht selten. Besonders wird es für weitere ärztliche Kreise notwendig sein, solche Diagnosen zu stellen, wo jede Entstehungsgeschichte fehlt. Die Späterscheinungen sind aber so charakteristisch, daſs sie mit nichts Anderem verwechselt werden können. Er demonstriert dabei Photographien von 16 zusammengestellten Fällen, bei denen kein einziger Anhaltspunkt vorlag, und die doch auf den ersten Blick die Diagnose Syphilis ergeben. Er selbst erinnert sich bis jetzt ca. 80 Fälle beobachtet zu haben. Abgesehen von der Symptomatologie wird man die Frage aufwerfen müssen, woraus sollen wir die Ansicht hernehmen, daſs der betreffende Fall Syphilis ist? Wir wissen aus zahllosen Krankengeschichten, daſs in der späteren Periode der Syphilis das Knotensyphilid immer wieder auftritt. Wenn wir nun Fälle sehen, die unvermittelt dasselbe darstellen, so kommen wir darauf hinaus, daſs diese Form nur der Syphilis gleicht. Schlieſslich wird die Diagnose in allen den Fällen noch durch die Therapie bestätigt. Zur Bestätigung seiner Ansicht stellt der Vortragende einen Patienten vor, der 6 gesunde Kinder erzeugt hat und der stets gesund gewesen sein will; er will nur eine Gonorrhöe gehabt haben. Als sich tuberöse Formen einstellten, gab man ihm Jodkalium, und als solches nicht wirkte, glaubte man es mit Karcinom zu thun zu

haben. LASSAR brachte dann durch eine kombinierte Kur von Hg mit Jodkali Heilung, so daſs die Diagnose auf diese Weise bestätigt wurde.

Ebenso wie das Jod allein, kann auch das Hg allein die Wirkung versagen, und darf man daraus noch immer keine falschen Schlüsse ziehen; in solchen Fällen wirken kombinierte Kuren, in Verbindung mit veränderter Ernährungsweise etc. und bestätigen so erst die Diagnose. Hierzu zeigt L. eine Photographie eines Patienten, der als Lupus behandelt war, bei dem aber deutlich der tuberöse Charakter vorhanden war. Ergriffen waren von dem specifischen Prozeſs die Wangen, die Lippen und Nasenflügel; durch eine specifische Kur ist die ganze Affektion glatt geheilt. Hierbei erwähnt L., daſs er in diesen Fällen, besonders also im Gesicht, vor dem Gebrauch des grauen Pflasters warnt, indem es dadurch, daſs es Maceration erzeugt, den natürlichen Heilungsprozeſs verschlimmert. Es ist besser, wenn das Virus im Körper zerstört wird. Eine 2. Photographie einer Frau, bei der ein tuberöses Syphilid vorhanden war, wird demonstriert; auch dieser Fall ist vollständig geheilt.

Zum Schluſs stellt L. einen Patienten vor, bei dem die sorgfältigste Untersuchung nicht den leisesten Anhalt für Syphilis ergab, und bei dem ein tuberöses Syphilid an beiden Armen, dabei ein Zungengumma und eine kolossale Infiltration der Drüsen der rechten Seite des Halses vorhanden war.

Bei der Diskussion bemerkt Herr KÖBNER, daſs bei den Fällen mit tuberöser oder nodoser oder nodo-ulceröser Syphilis niemand garantieren kann, daſs nicht doch vorher zu irgend einer Zeit eine geringe Affektion von Syphilis bestanden hat, die nur nicht zur Kognition gekommen ist. Gibt es doch Fälle von Syphilis bei Kollegen, die manchmal Roseola oder makulöses Syphilid an sich selbst übersehen, und bei denen er dann syphilitische Symptome konstatieren konnte. Wie solche Fälle aber bei Ärzten selbst vorkommen, um so viel mehr wird es bei Patienten, die auf sich nicht achten und die nach Heilung des Primäraffekts manchmal dem behandelnden Arzt sich nicht wieder vorstellen, geschehen, daſs diese Affektionen vollständig übersehen werden. Auſser der objektiven Diagnostik wird natürlich in allen den Fällen die Therapie maſsgebend sein; aber selbst die bewährtesten Augen werden einem manchmal in bezug auf Diagnose in Zweifel lassen.

Herr LASSAR erwidert darauf, daſs er den Begriff „unvermittelt“ nur auf die unvermittelte Kenntnis beziehe; er glaubt auch, daſs in solchen Fällen die Anfangserscheinungen übersehen sind, und habe er es meistenteils beim weiblichen Geschlecht beobachtet.

Herr ISAAC: **Die Syphilis des Muttermundes.** Die an der Portio vaginalis uteri vorkommenden syphilitischen Erscheinungen sind bis dahin wenig bekannt. Der Grund liegt meistens darin, daſs 1. specifische Erscheinungen an der Portio sehr selten sind, 2. daſs wenn solche Patientinnen zum Arzte kommen, meistens Kondylome vorhanden, und die Portio deshalb nicht mehr untersucht wird. Die Portio vaginalis wird häufiger von Lues befallen, als es bekannt ist, und ist die jedesmalige Untersuchung dringend notwendig. Welche Veränderungen zeigen sich nun an der Portio? Es kommen einfache und specifische Affektionen vor: Erosionen, Ulcera mollia, Sklerose, Ulcus rodens und Karcinom. ISAAC gibt nun die differentialdiagnostischen Momente für die einzelnen Affektionen an, wobei wir hier nur erwähnen wollen, daſs das weiche Geschwür ein Substanzverlust mit unterminierten Rändern, die Sklerose immer induriert ist, wobei die Lymphdrüsen vom Anus vergröſsert zu fühlen sind.

Auch gummöse Erscheinungen kommen an der Portio vor; die sekundären Affektionen an der Portio bedingen die häufige Ursache der Ansteckung.

Hierzu stellt der Vortragende eine 20jährige Patientin vor, die seit 3 Jahren an einem leichten Fluor albus leidet; sie hat im Jahre 1887 geboren, das Kind ist nach 8 Tagen gestorben. Sie selbst will nie krank gewesen sein. Bei der Untersuchung zeigen sich die äufseren Labien mit kleinen Geschwüren besetzt; an der Trigonumfalte besteht ein Geschwür, das zerfallen ist; aus der Vagina fliefst ein eiteriges Sekret. Am Anus sieht man Hämorrhoidalknoten, die geschwürig zerfallen sind. Bei der Untersuchung per speculum zeigt sich der Muttermund quergestellt, an der vordern Muttermundslippe eine knopfförmig aufsitzende Wucherung; die untere Lippe ist gespalten, und zu beiden Seiten sind knopfförmige Wucherungen. Diese Affektion ist von einem bedeutenden Gynäkologen für multiple Ulcera mollia gehalten worden. Herr Isaac glaubt, dafs es nicht zweifelhaft sein kann, dafs am Muttermund eine Sklerose besteht, und dafs die Affektion an den Labien Kondylome sind; trotzdem zeigt sich am ganzen Körper nirgend eine Spur von Lues, selbst Drüsenanschwellungen fehlen.

Herr Gottschalk hält das Leiden ebenfalls für Syphilis und zwar für eine sekundäre Affektion. An der Portio bestehe ein Ulcus rodens; die Ränder des Geschwürs sind verdickt mit speckigem Belag. Die Geschwüre sind serpiginös und bluten bei Berührung sehr leicht. Er rät jedenfalls zu einer antisyphilitischen Kur ohne Lokalbehandlung, wodurch die Diagnose noch mehr bestätigt werden wird.

L. Hoffmann-Berlin.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Erster Kongrefs, gehalten zu Prag vom 10. — 12. Juni 1889.

Im Auftrage der Gesellschaft herausgegeben von Professor Dr. F. J. Pick und Professor Dr. A. Neisser.

Ergänzungsheft zum Arch. für Dermatol. und Syph. XXI. Jahrg. 1889.

I. Sitzung. Montag d. 10. Juni. (Im Hörsaale des anatomischen Institutes.)

Professor Pick als Präsident eröffnet mit begrüfsenden Worten den Kongrefs und erteilt dem Herrn Professor Ullmann, als derzeitigem Rektor der deutschen Universität, und Herrn Professor Dr. Hoffmeister, als Dekan der medizinischen Fakultät derselben, das Wort zur Begrüfsung der Kongrefsmitglieder.

Alsdann übernimmt Prof. Caspary für diese Sitzung den Vorsitz.

Arning, **Eine Lepraimpfung beim Menschen und Demonstration einer Sammlung von Lepraabgüssen,** berichtet über die von ihm an dem zum Tode verurteilten, dann begnadigten Hawaiier Keanu vorgenommene Impfung mit Lepramaterial, welches unmittelbar einem an schwerer tuberöser Lepra leidenden Kinde, das eben einen frischen Fieberanfall durchgemacht hatte, entnommen war. Die Impfung wurde am 30. Sept. 1884 vorgenommen, indem am rechten Vorderarm in eine pralle, durch Pflaster hervorgerufene Blase Eiter von einem granulierenden Leprageschwür injiziert, und derselbe Eiter in das frisch skarifizierte linke Ohrläppchen eingerieben wurde. Durch mikroskopische Untersuchung dieses Eiters war das massenhafte Vorhandensein von Leprabacillen konstatiert worden. Die Hauptimpfung wurde jedoch an der sorgfältig desinfizierten äufseren Fläche des linken Vorderarmes vorgenommen, indem in einem 3 cm langen bis auf die Muskelfascie gehenden Einschnitt ein frischer, nicht ulcerierter Hautknoten eingepflanzt wurde. Circa 4 Wochen

nach diesem Eingriffe klagte Patient über rheumatoide Schmerzen in der linken Schulter, darauf auch in den übrigen Gelenken des linken Armes, hieran schliefst sich eine im Anfang nicht schmerzhafte, dann später auf Druck Schmerz verursachende Schwellung des linken N. ulnaris und medianus an, ohne dafs während dieser Zeit K. gefiebert hätte oder das Allgemeinbefinden wesentlich gestört gewesen wäre. Die Impfstelle des linken Armes verheilt unter Bildung eines Narbenkeloides, und beobachtete A. circa 5 Monate nach der Impfung in der Narbe einen linsengrofsen, wachsartig gelblichen Granulationstumor, in dessen Gewebsflüssigkeit sich Leprabacillen nachweisen lassen. Circa 6 Monate nach der Impfung haben die neuritischen Symptome des linken Armes vollständig nachgelassen, K. befindet sich vollständig wohl und kann seine Arbeit gut verrichten; auch das Granulom ging allmählich wieder zurück, jedoch konnte A. am 15. Oktober 1885 eine Vergröfserung des Narbenkeloides konstatieren. Infolge einer am 5. November 1885 vorgenommenen partiellen Resektion desselben liefsen sich in einem der Saftpräparate, welches von der frischen Schnittfläche gewonnen war, Leprabacillen nachweisen, während dies in Schnittpräparaten nicht möglich war; selbst 16 Monate nach der Impfung konnten dieselben noch im Gewebssafte des Keloids nachgewiesen werden. Bei der am 5. Juni 1886 an Keanu vorgenommenen letzten Untersuchung seitens A.s ist der linke Arm vollständig frei von Schmerzen; die Nervenendpunkte sind nicht mehr schmerzhaft, keine Sensibilitätsstörung, das Narbenkeloid unverändert; im Sekrete lassen sich Leprabacillen nicht nachweisen. Infolge der Abreise von A. tritt in der Beobachtung des Kranken leider eine 14monatliche Lücke ein, jedoch steht es fest, dafs während dieser Zeit deutlich die Symptome der Lepra sichtbar wurden. Der Bericht vom September 1888 zeigt K. auf der Höhe der Erkrankung, und wurde er deshalb Februar 1889 nach der Leproserie Molokai geschafft; nach einem Bericht vom März 1889 ist die Krankheit noch weiter fortgeschritten, und scheinen bereits die Viscera ergriffen zu sein.

A. sieht im Verlaufe einen Zusammenhang zwischen Erkrankung und Impfung, indem die an subakuten Gelenkrheumatismus erinnernde Erkrankung des linken Armes, verbunden mit der nachfolgenden Affektion des linken Nerv. ulnaris und medianus, für die erste Äufserung der Infektion spricht, nur soll man daraus nicht ein vierwöchentliches Inkubationsstadium der Lepra schliefsen, da für dieselbe es überhaupt kein typisches Stadium der Inkubation gibt. Er betrachtet vielmehr die Lepra für eine Schwester der Tuberkulose, welche ohne einen typischen Primäraffekt hervorgerufen, durch unbekannte Pforten in den Körper eindringt, sich zuerst in dem peripheren Nervensystem lokalisiert und von dort aus allmählich durch den ganzen Körper verbreitet.

Hierauf demonstriert Vortragender seine Sammlung kolorierter Lepraabgüsse, welche eine systematische Auswahl von typischen Erscheinungsformen der Lepra und der verschiedenartigen Phasen, welche dieselbe bei ihrer Entwickelung durchläuft, darstellen sollen.

Petersen (Petersburg): **Demonstration von Photographien von Leprakranken** und **Zur Behandlung der Lepra mit Natrium salicylicum.** Vortragender demonstriert einen Teil der von Prof. Münch (Kiew) während seiner Reise in Südrufsland, Kaukasus, Centralasien angefertigten photographischen Aufnahmen leprös Erkrankter. In den Leproserien Central-Asiens traf M. wiederholt auch Vitiligo-Patienten an, die man dort fälschlich ebenfalls zu Lepra rechnet.

Dem Vorschlage von Lutz folgend, benutzte P. mit Vorteil Natrium salicylicum, nur gab er in dem erwähnten Falle nicht 1,0 pro die, sondern 0,3 dreimal täglich,

und zwar in der Weise, dafs das Pulver in einem halben Bierglas abgekochtem Wasser eine halbe bis eine Stunde nach der Mahlzeit genommen wurde. Hiervon sah P. bei einer Patientin eine deutlich Besserung der Affektion, und hat Patientin innerhalb eines Jahres mit wenigen Wochen Pause circa 330 g erhalten und gut vertragen.

Neisser (Breslau): **Über die Struktur der Lepra- und Tuberkelbacillen mit spezieller Berücksichtigung der Rosanilin- und Pararosanilinfarbstoffe** und **Über Leprazellen.** Wird an anderer Stelle in dieser Zeitschrift besprochen werden.

Diskussion:

Kaposi (Wien) bemerkt, dafs alle Heilmethoden, welche er bisher angewandt hat, ohne Erfolg gewesen seien, und dafs anscheinende Besserungen, besonders das Schwinden der Hautsymptome, auch ohne jede Behandlung eintreten könnten. Aufserdem macht er Mitteilung über eine neue Behandlungsart der Lepra, welche von einem portugiesischen Arzte stammt, indem dieser mit Hilfe des konstanten Stromes gute Erfolge will erzielt haben. Neumann und Arning stimmen der Ansicht Kaposis über Heilbarkeit der Lepra bei.

Petersen betont, dafs er nicht Heilungen durch Natrium salicylicum erzielt habe, sondern nur vorübergehende Besserungen.

Caspary bestreitet das autochthone Vorkommen der Lepra in Königsberg, nur an den äufsersten Grenzen von Ostpreufsen seien Fälle autochthoner Lepra beobachtet worden.

Kaposi: **Bemerkungen über die jüngste Zoster-Epidemie** und **Zur Ätiologie des Zoster.** Vortragender macht darauf aufmerksam, dafs der Kliniker weit häufiger als der praktische Arzt zu beobachten die Gelegenheit habe, dafs Herpes Zoster epidemisch auftritt, und könne man im Verlaufe eines Jahres zwei solcher Epochen annehmen, die Monate März-April und Oktober-November; diese Epochen fielen dann zusammen mit den Perioden, in denen Erysipel und Pneumonie epidemisch herrschten. Während nun für die beiden letzten Affektionen es bestimmt feststehe, dafs sie Infektionskrankheiten seien, habe die Ätiologie des Zosters bisher auf anatomischer Basis festgewurzelt. Wenn man nun von dem durch mechanische Momente örtliche Neoplasmen, Wirbelcaries, Knochenbruch u. s. w. verursachten Zoster absieht und die sogenannten spontan entstehenden, sowohl sporadisch, als epidemisch auftretenden Zosters betrachtet, so kommt man doch wohl zu der Ansicht, dafs der idiopathische (nicht mechanisch und nicht reflektorisch veranlafste) Zoster durch ein von aufsen eindringendes Agens veranlafst werde, und in diesem Sinne sei der Herpes Zoster als eine Infektionskrankheit aufzufassen.

Durch folgende Eigentümlichkeiten wird diese Annahme unterstützt:

1. Die Erscheinungsweise des Zoster in gehäuften Fällen als kleine Epidemie.

2. Die regelmäfsige Wiederkehr solcher Epidemien zu bestimmten Jahreszeiten.

3. Der Mensch erkrankt nur einmal an Zoster (?).

4. Wie bei allen epidemisch auftretenden Infektionskrankheiten kann man auch beim Zoster leichte und schwere Epidemien unterscheiden.

So zeichnet sich die letzte von Kaposi beobachtete, von November 1888 bis Februar 1889 dauernde Zosterepidemie durch leichte Fälle aus, indem von 40 gesehenen Fällen nur 5 vollkommen entwickelt beobachtet wurden, während die übrigen fast ganz abortiv verliefen. Eine Erklärung, warum durch das infektiöse Virus gerade nur ein Ganglion befallen wird, kann Vortragender nicht geben, jedoch

sei ein Analogon vielleicht in den durch Kohlenoxyd- und Arsenikvergiftung hervorgerufenen Zosters zu suchen. Den von WEIGERT gemachten Versuch, die Zostererkrankungen in der Weise auf Infektion zurückzuführen, dafs die örtliche Entzündung und Nekrose der Haut durch örtlich erfolgtes Eindringen von Entzündungserregern veranlafst wäre, hält Vortragender für unrichtig, weil die Erkrankung im centralen Nervenanteil beginne, Gangrän und Hämorrhagie das Corium betrifft, ohne dafs und bevor die deckende Epidermis verletzt und verändert erscheint, endlich weil es unmöglich sein würde, die Kongruenz des Krankheitsfeldes mit dem anatomischen Nervengebiet zu erklären, wenn die Krankheitserregung von der Haut aus einsetzen würde.

An der Diskusion dieses Vortrages beteiligen sich DOUTRELEPONT, NEISSER, TOUTON, HAVAS, KAPOSI, NEUMANN, ARNING, LIPP, EHRMANN und LASSAR.

RIES (Ulm): **Über das Epidermidophyton (mit Demonstration mikroskopischer Präparate).** Vortragender konnte die Angaben LANGS über das Vorkommen seines Psoriasispilzes, des Epidermidophyton vollständig bestätigen; bei weiterer Untersuchung fand sich jedoch, dafs dieser Pilz auch an scheinbar gesunden Hautstellen von Psoriatikern sich findet, ja sogar, dafs er in der normalen Haut vorhanden ist. Die weiteren Untersuchungen ergaben nun, dafs es sich um gar keinen Pilz handelt, sondern dafs das sogenannte Epidermidophyton ein Kunstprodukt ist, welches durch Behandlung der Hautschuppen mit Alkalilauge entsteht; auch aus nicht organisierten Verbindungen, wie Olivenöl und Lanolin, konnte Vortragender den Pilz künstlich darstellen. Es fragt sich nun, aus welchen Stoffen in der Haut durch Behandlung mit Alkalilauge entsteht dieses Gebilde? In Frage können nur das Fett und Eleïdin resp. Keratohyalin kommen, jedoch konnte hierüber R. zu keiner bestimmten Entscheidung kommen.

Mit dem Epidermidophyton fallen aber der Psoriasispilz EKLUNDS, Lepocolla repens, und die von CORNIL und RANVIER beschriebenen Pilzgebilde.

(Bestätigt also die Angabe WOLFFS auf der 61. Naturforscherversammlung. S. diese Zeitschrift. Bd. VII. pag. 995.)

BEHREND: **Bemerkungen über Area-Haare mit Demonstration mikroskopischer Präparate.** Dieser Gegenstand wurde bereits Band VIII. pag. 384 dieser Zeitschrift referiert.

MICHELSON: **Über Trichofolliculitis bacterica, mit Demonstration von mikroskopischen Präparaten.** Wurde bereits Band IX. pag. 322 dieser Zeitschrift referiert.

II. Sitzung. Montag, den 10. Juni 1889.

Vorsitzender: Prof. KAPOSI.

JADASSOHN (Breslau): **Demonstration von Favuskulturen.** Im Gegensatze zu ELSENBERG, welcher seine Favuskulturen nur aus Scutulis gewann, legt Vortragender seine Kulturen, welche Favus vulgaris des Kopfes entstammen, in der Weise an, dafs er das Haar mit der Wurzel ohne alle Vorsichtsmafsregeln, im Gegensatz zu QUINCKE, entnimmt und es in einer stark desinfizierenden Flüssigkeit kurze Zeit abspült; die besten Dienste leistete ihm eine Arg. nitric.-Lösung 1 : 100. Dann überträgt man das Haar in sterilisiertes Wasser, zerschneidet mit sterilisierter Schere den unteren Teil des Haares in kleine Stückchen und bringt diese dann in den Nähr-

boden (Gelatine oder noch besser gerade vor dem Erstarren stehendes Glycerin-Agar). Die auf diese Weise erhaltenen Kulturen stimmen völlig überein und zieht Vortragender aus denselben den Schlufs, dafs in den Haaren bei Favus vulgaris des Kopfes sich nur eine Pilzart vorfindet. Dieselbe scheint identisch zu sein mit QUINCKES γ-Pilz und mit den von GRAWITZ in seiner letzten Arbeit beschriebenen Favuspilz. Die von JADASSOHN angelegten Kulturen von Favus des Körpers (2 Fälle) führten zu keinem bestimmten Resultat.

In der sich dem Vortrage anschliefsenden Demonstration mikroskopischer Präparate empfiehlt Vortragender WEIGERTS Methode der Tinktion von Mikroorganismen und Fibrin.

KRAL: **Mitteilungen über Hautmikrophyten und erläuternde Bemerkungen zu seiner bakteriologischen Ausstellung.** Vortragender macht Mitteilung über die von ihm in je 2 Fällen von Favus und Ekzema marginatum gemachten botanischen Studien. Es gelang ihm, aus den Favusfällen 6, aus dem Ekzema marginatum 3 Fadenpilze rein zu züchten, welche die gemeinsame Eigenschaft besitzen, bei Körpertemperatur rasch und üppig, bei Zimmertemperatur langsam und meistens auch nur mangelhaft zu gedeihen. Als Nährsubstrate benutzte er peptonisierte Fleischbrühe, 10 % Nährgelatine, 2 % Nähragar, Kartoffelscheiben, Reisscheiben, Rübenschnitte, Fleischscheiben und Weizenbrot; mit Ausnahme der Bouillon und Nährgelatine wurden von allen Nährboden Dauerpräparate angefertigt. Zugleich empfiehlt K. die Agardauerplatten als hervorragendes Hilfsmittel für die makroskopische und mikroskopische Differentialdiagnose der bei Körpertemperatur gedeihenden Fadenpilze. Eine beigegebene Tabelle erläutert das Verhalten der Pilze den verschiedenen Nährböden gegenüber.

Aufserdem gibt Vortragender eine genaue Beschreibung zur Herstellung der jetzt von ihm benutzten Reis- und Fleischnährböden in Scheibenform, bezüglich deren wir auf das Original verweisen.

Schliefslich macht K. noch auf ein eigentümliches Wachstumvorkommen des aus Favuskulturen gewonnenen Fadenpilz Nn′ aufmerksam, indem derselbe regelmäfsig auf Kartoffelscheiben und Rübenschnitten eigenartige kronen- und gallerieenartige Ösen bildet, eine ähnliche Erscheinung, wie sie Vortragender schon bei einer Schizomycetenkultur (Bacillusfavus) auf Zuckerrübe wahrgenommen hat.

An der sich an diese beiden Vorträge anschliefsenden Diskussion beteiligten sich PICK, DOUTRELEPONT und KAPOSI.

v. ZEISSL: Eine von ihm gemeinsam mit Dr. M. HOROWITZ ausgeführte Arbeit. **Ein Beitrag zur Anatomie der Lymphgefäfse der männlichen Geschlechtsorgane.** Die Untersuchung wurde in der Weise ausgeführt, dafs mittels einer PRAVAZschen Spritze in Wasser gelöstes Berliner Blau in die Haut gespritzt wurde, wodurch das Wurzelsystem der Lymphgefäfse zur Ansicht kam, jedoch traten auch einige Stämmchen zutage. Diese werden blofsgelegt, und wird mittels der Spritze entweder Berliner Blau oder regulinisches Hg nachgetrieben. Auf diese Weise gelang es, die Lymphbahnen bis zum Eintritt in den zugeordneten Lymphknoten zu füllen. Um jedoch eine vollkommene Füllung der Lymphgefäfse zu erhalten, mufs man sich an bestimmte Gebiete halten, und befindet sich dies für die oberflächlichen Lymphgefäfse vom frenulum ab längs der Raphe des Penis bis zum Penisskrotalwinkel.

Am Penis mufs man oberflächliche Lymphgefäfse und ein tiefliegendes Lymphgefäfs unterscheiden. Die ersteren liegen subkutan und auf der Tunica albuginea,

während das tiefliegende Lymphgefäſs unter der Tunica albuginea neben der Vena dorsalis penis verläuft.

Die oberflächlichen Lymphgefäſse beginnen als feines Netz im Frenulum und dessen nächster Umgebung; zugleich steigen 2 Stämmchen rechts und links von der Frenularfläche des Penis nach dessen Dorsalfläche, um sich entweder auf dem Dorsum zu vereinigen oder getrennt zur Schambeuge hinzuziehen. Erst hier machen sie eine jähe Biegung nach rechts oder links zu den betreffenden Lymphknoten. Auſser diesen entspringen noch Lymphgefäſse am Frenulum weiter aufwärts längs der Raphe (2—4 Stämme), welche zu beiden Seiten der bereits erwähnten medianen Lymphgefäſse verlaufen. Entweder vereinigen sich die seitlichen Lymphgefäſse mit den median gelegenen an der Schambeuge, oder es treten die seitlichen Lymphgefäſse unter sich in Verbindung und ziehen dann selbständig zu den betreffenden Lymphknoten.

Was nun die tiefliegenden Lymphgefäſse des Penis anbetrifft, so ergaben die Untersuchungen, daſs dasselbe aus zwei divergenten Ästen entspringend in der Mitte des oberen Gliedes vom Sulcus coronarius angefangen bis zur Symphyse hinzog. Hier teilt sich der Strang, und sahen die Untersuchenden, daſs in dem einen Falle der eine Zweig in einen unter dem Lig. suspensorium gelegenen kleinen Lymphknoten endete, während in dem anderen Falle das Lymphgefäſs sich knapp vor dem Lig. arcuat pubic. in zwei Äste teilte, welche nach links hinter den Samenstrang verlaufen, und von denen der tiefere Ast in den Lymphknoten der Leistengegend, in welchen auch die Lymphgefäſse des Hodensackes münden, endete, während der obere direkt unter das Poupartsche Band zog und in einen Beckenknoten mündete. Als das Wurzelgebiet der tiefen Lymphgefäſse ist die Eichel zu betrachten, wie die Untersuchungen ergaben.

Die Lymphgefäſse des Hodensackes sind am leichtesten darzustellen; sie bilden ein weitmaschiges Netz, aus dem einige stärkere Stämmchen hervortreten, welche in den unteren Abschnitten des Hodensackes die Tendenz haben, miteinander zu konfluieren und starke Stämme zu bilden; je mehr sie sich aber der Leistengegend nähern, verlaufen sie selbständig zu einem Lymphknoten, haben jedoch die Neigung, untereinander Anastomosen zu bilden.

Am Schluſs gibt Vortragender noch eine Erklärung für die Thatsache, daſs zuweilen, wenn ein Ulcus links vom Frenulum sitzt, die Leistenknoten der entgegengesetzten Seite erkranken. Dies geschieht dadurch, daſs das Lymphgefäſs, welches aus dem erkrankten Gebiete entspringt, längs des Penis hinaufsteigend, ohne ein Zweigchen nach der Seite, an der das Geschwür sich findet, abzugeben sich im Bogen zu den Lymphknoten der entgegengesetzten Seite begibt.

Diskusion:

Ehrmann ist bei seinen Untersuchungen über diesen Gegenstand zu ähnlichen Resultaten, wie v. Zeissl gekommen, nur hat er dieselben nicht am Kadaver, sondern in vivo ausgeführt, indem er die spontan gefüllten Lymphgefäſse bei Entzündungserscheinungen, die mit Ödem einhergingen, studierte.

Am Schluſs weist er auf die Bedeutung der Lymphgefäſse für die Pathologie der Infektionskrankheiten, speziell der Syphilis, hin.

Pick kann ebenfalls die Resultate der Untersuchung, welche von ihm in derselben Weise wie von v. Zeissl wegen ihrer Beziehung zur Excision der Initialsklerose schon früher gemacht waren, bestätigen und macht darauf aufmerksam, daſs der gewöhnliche Sitz der Initialsklerose derart ist und sie sich in solcher Weise entwickelt, daſs man annehmen muſs, daſs sie nur mit einer ganz geringen Zahl von Lymphgefäſsen in Verbindung steht.

Grünfeld hebt hervor, daſs das, was man durch obige Untersuchungen anatomisch nachgewiesen hätte, klinisch wiederholt beobachtet worden wäre.

Chiari (Prag): **Weitere Beiträge zur Lehre von der Orchitis variolosa.** Im Anschluſs an die früher bereits (*Zeitschr. für Heilkunde.* 1886.) veröffentlichten 15 Fälle über Orchitis variolosa macht Vortragender Mitteilung über weitere 62 Fälle von Variola bei männlichen Individuen, von denen sich bei 45 Orchitis variolosa nachweisen lieſs. 10 Fälle betrafen erwachsene Individuen, und scheint keine besondere Differenz in der Häufigkeit der Erkrankung zwischen Mannes- und Knabenalter zu bestehen

Die mikroskopische Untersuchung ergab dieselben Befunde wie in der früheren Publikation; je länger die Variola gedauert hatte, je älter demnach die Orchitisherde gewesen waren, desto deutlicher traten die 3 typischen Zonen, die centrale Zone der totalen Nekrose, die mittlere Zone der hochgradigen Infiltration des Zwischengewebes mit Nekrose der daselbst befindlichen Zellen und der peripheren Zone der Exsudation hervor. Die Rückbildung geht durch Resorption der nekrotischen Massen vor sich. Mikroorganismen und zwar Kokken wurden teils auſserhalb, teils innerhalb der Orchitisherde beobachtet.

Auf Grund der beträchtlichen Prozentzahl von Orchitis bei Variola, aus den deutlichen Parallelismus zwischen der Entwickelung der Orchitisherde und dem Dekursus des Variola-Exanthems auf der Haut, sowie aus der histologischen Analogie zwischen den Hodenherden und den Hauteffloreszenzen und den pockenähnlichen Herden der inneren Organe folgert Chiari, daſs die in Rede stehende Orchitis wirklich ein variolöser Prozeſs sei.

K. Herxheimer (Frankfurt a. M.): **Demonstration eigentümlicher Fasern in der Epidermis des Menschen.** Dieser Vortrag wird an anderer Stelle in dieser Zeitschrift referiert. *Gründler-Dresden.*

(Fortsetzung folgt.)

Besprechungen.

Duncan Bulkley. **Alopecia areata.**[1] (New York clinical study on A. a. and its treatment. Repr. *Medical Record.* 2. III. 1889.) Kritisch beleuchtet von D. von Sehlen.

In der Frage nach den Ursachen der Alopecia areata, dieser in letzter Zeit wieder heiſs umstrittenen eigenartigen Affektion des Haarbodens, ist es von Interesse, die neueren Argumente der nervösen Theorie des Leidens etwas genauer anzusehen und auf ihre Haltbarkeit zu prüfen.

Die Arbeit von Bulkley verdient eine besondere Beachtung, weil sie auf ein verhältnismäſsig groſses und gut beobachtetes Krankenmaterial basiert ist.

Gegenüber den in letzter Zeit wieder mehr in den Vordergrund getretenen Mitteilungen über die kontagiöse Natur der Alopecia areata, welche besonders von französischen Autoren durch zahlreiche Beispiele gestützt wurde, bekennt sich Verf. unumwunden zur nervösen Theorie dieser Krankheit. An der Hand einer Statistik von mehr als 12 000 Fällen von Hautkrankheiten aus seiner Praxis findet er als mittlere Häufigkeitsziffer für das Auftreten von Alopecia areata noch nicht 1 Prozent.

[1] s. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. IX. 1889. pag. 331.

Nach der grofsen Statistik der Amerikan. dermatolog. Gesellschaft stellt sich die Zahl auf ungefähr 0,64 % aus hauptsächlich klinischer Praxis, während Mc Call Anderson ebenso wie Crocker für London ca. 2 % Häufigkeit angeben. Die 119 Fälle, auf welchen die Berechnung von Bulkley beruht, verteilen sich nicht gleichmäfsig auf die Hospitals- und Privatpraxis. Das Verhältnis stellt sich vielmehr für erstere auf nicht ganz ½ %, während es für die Privatpraxis etwas über 1,5 % beträgt. Die Gesamtzahl der Patienten verhält sich dabei wie 7,0 der klinischen zu 5,6 der Privatpraxis. Diesen Unterschied von mehr als dem dreifachen Betrage glaubt B. nicht auf die geringe Aufmerksamkeit beziehen zu sollen, welche die ärmeren Klassen der Affektion schenken; sondern er hält ihn in reellen Verhältnissen für begründet. Demgemäfs betrachtet er das weniger häufige Auftreten der Krankheit unter der ärmeren Bevölkerung „in gewissem Grade" als einen Beweis gegen die Annahme ihrer parasitären Natur. — Die Valenz dieses Argumentes darf jedoch nicht allzuhoch angeschlagen werden, wenn man bedenkt, dafs Leute der ärmeren Klasse sich einerseits sich nicht so leicht entschliefsen, wegen eines relativ unschuldigen Leidens ärztliche Hilfe aufzusuchen, dafs sie anderseits aber auch wegen ihrer geringeren Hautpflege naturgemäfs weniger der Ansteckung in Friseurläden etc. ausgesetzt sind. Es erscheint daher nicht ganz zutreffend, aus der Zahl der Erkrankungen, welche in ärztliche Behandlung kommen, ohne weiteres die Häufigkeit des Vorkommens überhaupt zu argumentieren. (Ref.)

Der Autor legt sodann die Verteilung seiner 119 Fälle nach Alter und Geschlecht in 3 Tabellen dar, die zugleich den Beginn und die Dauer der Affektion angeben. Die Alopecia areata findet sich demnach in jedem Lebensalter vom 1. bis 60 Jahre, wenn auch spärlich zu Anfang und gegen Ende des Lebens; sie kann dasselbe Individuum wiederholt befallen.

Im Verhältnis der Geschlechter fällt ein beträchtliches Überwiegen der männlichen gegenüber der weiblichen Patienten auf, welches in der Gesamtzahl der Fälle etwa das Doppelte beträgt, 78 : 41 Fälle. Jedoch ist dieses Verhältnis in den verschiedenen Lebensjahren keineswegs konstant. In der ersten Dekade, welche überhaupt nur die kleine Zahl von 10 Fällen umfafst (und welche daher wohl sehr dem Irrtum der kleinen Zahlen unterworfen sein dürfte. Ref.), war das weibliche Geschlecht in überwiegender Anzahl mit 8 Fällen vertreten. Verf. findet in diesem „merkwürdigen" Umstande, der im Gegensatz zu dem sonstigen Verhältnis der Geschlechter für diese Erkrankung steht, einen weiteren Beweis für die nervöse Natur der Alopecie, wegen der gröfseren Zartheit des weiblichen Nervensystems in diesem Lebensalter. —

Dieser Beweis ist jedoch noch weniger stichhaltig als der erst vorgebrachte. Die angenommene gröfsere Zartheit des weiblichen Geschlechts in den Kinderjahren ist nichts weniger als bewiesen. Im Gegenteil, es ist aus der allgemeinen Statistik sattsam bekannt, dafs der anfänglich in der Geburtenziffer vorhandene Knabenüberschufs bis zur Pubertätszeit durch gröfsere Knabensterblichkeit sich ausgleicht, resp. in sein Gegenteil verkehrt wird.

Will man also überhaupt einen Unterschied zwischen den Geschlechtern der zu dieser Periode noch nicht voll entwickelten sexuellen Differenz konstatieren, so kann derselbe nur zu ungunsten der Knaben ausfallen. Es ist daher nicht erlaubt, ohne weiteres eine geringere Widerstandsfähigkeit der Mädchen zu dieser Periode als Beweis für die nervöse Natur einer Krankheit anzuführen. Im späteren Geschlechtsleben ändert sich dies Verhältnis allerdings durch die mannigfachen Gefahren der Menses, der Zeugung und des Puerperiums, zu ungunsten der Frauen. Gerade in der letzten Zeit aber ist, wie der Verf. weiter darlegt, das Verhältnis der Alopecie-

erkrankungen zwischen weiblichem und männlichem Geschlecht das umgekehrte. Die Zahl der männlichen Kranken überwiegt in der dritten Dekade mit 31 Fällen über nur 7 weibliche Kranke. Verf. glaubt gerade da wieder einen Grund für die nervöse Natur der Erkrankung zu sehen, dafs „die Sorgen des geschäftlichen Lebens zu drücken beginnen." Der Unterschied der Geschlechter in dem mehr häuslichen Leben der Frauen, gegenüber der öffentlichen Thätigkeit der Männer scheint ihm nicht in den Sinn gekommen zu sein, obwohl derselbe gerade bei andern Infektionskrankheiten als ein wesentliches Ansteckungsmoment herangezogen zu werden pflegt. Dasselbe gilt von der vierten Dekade, welche die gröfste Zahl der Fälle umfafst, nämlich 35, das ist mehr als in den beiden ersten Dekaden zusammengenommen. Verf. erblickt auch darin wieder eine Stütze der nervösen Theorie — wie wir gesehen haben, durchaus ohne zureichende Begründung. Den Umstand, dafs die weitaus gröfste Zahl der Erkrankungen im kräftigsten Lebensalter von 20—40 Jahren mit mehr als 61 % der Gesamtfälle sich ereignet, hält Verf. in gleichem Sinne für einen negativen Beweis gegen die parasitäre Natur der Erkrankung. Diese Ansicht wird aber nur daraus deduciert, dafs im allgemeinen „die Erkrankungen durch vegetabilische Parasiten meist der Jugend angehören und im Leben der Erwachsenen verhältnismäfsig selten sind." Abgesehen davon, dafs dies Argument für eine Reihe zweifelloser Pilzkrankheiten wie Typhus, Tuberkulose etc. nicht zutrifft, so kommt doch für den Einzelfall wesentlich der Infektionsmodus der jeweiligen Parasiten in Betracht. Eine allgemeine Gleichstellung aller Infektionskrankheiten von diesem Gesichtspunkte aus kann jedoch nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse über diesen Punkt mit den Thatsachen nicht vereinbart werden. Von besonderem Interesse erscheinen neben der vom Verf. selbst bestätigten örtlichen Verschiedenheit in der Häufigkeit der Alopecie auch zeitliche Schwankungen, wie sie z. B. auch Unna nach mündlichen Mitteilungen in Hamburg konstatieren konnte. Daselbst mehrten sich die Fälle von Alopecia areata gegen früher ca. 3/4—1 % der Zahl der Erkrankten auf das Doppelte bis Dreifache in den letzten Jahren. In einigen Schulen wurde daselbst sogar eine kleine Epidemie von Alopecia areata behördlich festgestellt.

Die zweite Tabelle, welche den Beginn des Leidens, nach dem Lebensalter der Patienten zusammengestellt, ergibt kein anderes Resultat als die erst besprochene Zusammenstellung.

In der dritten Tabelle ist eine Übersicht über die Dauer der Erkrankung in 93 längere Zeit hindurch beobachteten Fällen gegeben. Unter Betonung der Schwierigkeiten einer genauen Statistik, konstatiert Verf., dafs die Alopecie keineswegs eine kurze oder vorübergehende Erkrankung darstellt, sondern dafs sie von einem unbedeutenden kahlen Fleck aus, oft jeder Behandlung widerstehend zu einem jahrelang dauernden Leiden anwachsen kann. Verf. bemerkt dazu, dafs in nahezu der Hälfte der Fälle die Krankheit schon 6 Monate vor Beginn der Behandlung, auch noch längere Zeit bestanden hatte.

Einige Fälle dauerten 20, ja selbst 30 Jahre lang. „Mitunter begrenzt die Alopecie sich spontan und heilt auch ohne Kunsthilfe aus." In einigen Fällen waren frühere Anfälle vorhergegangen, welche ohne Behandlung ausheilten, indem die kahlen Flecken im Verlaufe von Wochen und Monaten gänzlich überhaart waren, um nach monate- und jahrelangem Stillstande von neuem aufzutreten. Die Spotanheilung ist nach Verf. jedoch ein seltenes Ereignis.

Die Krankengeschichte eines 39jährigen Patienten verdient besonderes Interesse, weil hier vom 2. bis zum 16. Jahre vollständige Kahlheit bestand, welche nach einem Aufenthalt in Richfield Springs ebenso vollständig durch allgemeinen, kräftigen und natürlichen Haarwuchs ersetzt wurde. Im 26. Lebensjahre bildeten sich dann zuerst

neue Flecke im Bart, die trotz mehrmonatlicher sorgfältiger Behandlung (welcher Art, wird nicht gesagt! Ref.) sich ausbreiteten und die Haare am ganzen Körper zum Ausfallen brachten. Patient hat damals unter nervösen Depressionen durch geschäftliche und Familiensorgen gestanden; eine Wiederherstellung des Haarwuchses trat nicht mehr ein, zumal später jede Behandlung als nutzlos aufgegeben wurde. — Vollständige Kahlheit trat bei 6 männlichen und 7 weiblichen Patienten ein, von denen einige gänzlich geheilt wurden. Bei einem dieser Patienten, welcher nach überstandener Alopecie Syphilis acquirierte, stellte sich ein sehr charakteristischer, specifischer Haarausfall ein, der von dem alopecischen durchaus verschieden war und unter antisyphilitischer Behandlung verschwand.

Damit schliefst der Verf. seine interessanten Mitteilungen, die durch eine weniger einseitige Beleuchtung noch höheren Wert besitzen würden, da sie mit der parasitären Theorie der Affektion durchaus nicht unvereinbar erscheinen. Die therapeutischen Maſsnahmen, deren Besprechung nun folgt, sind durchaus beherrscht von der einseitigen Annahme der nervösen Natur des Leidens, und darin mag vielleicht der Grund für die geringen Erfolge gegeben sein. Verf. hat sich bemüht, parasitäre Elemente an den epilierten Haaren nachzuweisen, aber niemals etwas davon aufgefunden. Da leider eine Angabe über die eingeschlagene Methode (Färbung, Züchtung etc.) fehlt, so ist der Wert der an sich verdienstlichen Untersuchungen ein durchaus relativer.

Verf. hat indes in keinem Falle eine Übertragung durch „Ansteckung, wie sie bei Favus oder Herpes tonsurans so gewöhnlich ist" (aber keineswegs immer vorkommt. Ref.), in seinen Fällen beobachtet, ja, nicht zwei seiner Fälle kamen in einer und derselben Familie vor.

Diese Thatsache ist gewiſs beachtenswert, aber sie steht im Gegensatz zu den Beobachtungen anderer, besonders französischer Autoren, welche umschriebene Epidemien von Alopecia areata auf gemeinsame Ansteckung zurückführten. Über die bekannte Theorie Robinsons bemerkt Verf. noch, daſs die von ihm gefundenen Mikrokokken der Lymph- und Blutgefäſse des Coriums deshalb noch keine „ursächliche Beziehung zu der Krankheit" zu haben brauchen, wenn ihnen auch „im Falle der Bestätigung von andrer Seite" pathogene Beziehungen zu dem Krankheitsprozesse zukommen mögen. Er verlangt dafür, durchaus mit Recht, seinerseits den Nachweis des konstansen Vorkommens der Infektion.

Aber selbst wenn in den Mikrokokken ein ursächliches Moment gefunden wäre, so würde dafür doch ebenso wie bei andern Infektionskrankheiten eine besondere Disposition für das Wachstum der Mikroorganismen erforderlich sein. Die letztere findet Verf. in einer konstitutionellen und insbesondere nervösen Diathese, auf die sich demzufolge die Bekämpfung des Leidens zu richten hat, zumal die örtliche Behandlung keine befriedigende Resultate ergab. — Verf. nähert sich mit dieser Auffassung erheblich der vom Ref. schon seit einer Reihe von Jahren vertretenen Anschauung von der Bedeutung der nervösen Einflüsse für die Entstehung der Alopecia areata, die wir bei einem so ausgesprochenen Vertreter der nervösen Theorie nur mit Freuden begrüſsen können. Indessen ist doch in einer Reihe von Fällen eine derartige „nervöse Disposition" nicht nachzuweisen, während jetzt sichere Beispiele von Übertragung bekannt geworden sind, seitdem die Aufmerksamkeit der Forscher sich mehr auf diesen Punkt gerichtet hat.

Die therapeutischen Vorschläge des Verf.s richten sich in durchaus logischer Verfolgung seiner Theorie auf allgemein hygieinische und speziell diäthetische Vorschriften, die für Speise und Trank (wie Vermehrung der Phosphate, frische Butter, Milch etc.), dessen Wiedergabe als zu sehr ins Detail gehend, wir uns füglich ersparen können. Ob die Patienten einer rein inneren Milchkur gegen ihr wesentlich äuſseres Leiden in allen

Fällen die genügende Portion von jener „Milch der frommen Denkungsart" entgegen bringen werden, erscheint nach Meinung des Ref. aus den Resultaten der Behandlung ein wenig zweifelhaft, wenn auch der „Glaube" des Publikums in medizinischen Dingen oft noch auf der Stufe der glücklicheren Jahre des kontinuierlichen Milchgenusses sich befindet. — Arsenik, das Verf. selbst von geringem Werte erklärt, soll abwechselnd mit Strychnin und Phosphorsäure gegeben werden! — Die örtliche Behandlung koncentriert sich in der Idee der „Stimulation" der erkrankten Stellen. Sublimat, in einer Stärke, welche die Haut mäfsig reizt, wird oft für das beste Medikament erklärt, aber nicht, weil es ein pilztödtendes Mittel ist.

Für die Beurteilung seines Wertes ist jedoch die Angabe des Verf.s bedeutungsvoll, dafs „antiparasitäre Mittel (welche? wird leider nicht erwähnt. Ref.) von Vorteil sind, obwohl ihre Anwendung nicht durch einen am Orte der Erkrankung vorhandenen Parasiten geboten" erscheint. Andere werden darüber wohl anders denken. Verf. zieht jedoch Veratrin in einer Koncentration von 5—10 g auf die Unze vor. Krotonöl, Karbollösung, Kanthariden, Capsicum und andere Reizmittel sollen gleichfalls mit Vorteil (?) gebraucht werden. Die besten Resultate sollen jedoch, wie Verf. resumiert, durch eine Allgemeinbehandlung des Nervensystems erreicht werden, von dessen Störungen die örtliche Erkrankung nur als eine besondere Manifestation betrachtet wird. Die lange Dauer der Behandlung seiner Fälle spricht jedoch wenig für den Erfolg der therapeutische Bestrebungen, wenngleich die Schwere der Affektion dabei in Betracht zu ziehen ist, besonders in vorgeschrittenen Fällen, welche erst spät zur Behandlung kommen.

LELOIR et VIDAL. **Traité descriptif des maladies de la peau. Symptomatologie et Anatomie pathologique.** I. Lieferung. 5 Bogen Text und 6 chromolithographische Tafeln. Paris 1889. G. MASSON.

Mit wahrer Freude und Genugthuung zeigen wir unsern Lesern das Erscheinen des ersten Heftes dieses Werkes an, von welchem wir im letzten Jahre gelegentlich unserer Liller Reminiszenzen als von einem längst vorbereiteten Unternehmen berichteten, dessen Vollendung leider jedoch in weite Ferne gerückt erschien. Sei es, dafs unser überrheinischer Stofsseufzer den Herrn Verleger angespornt hat, die äufseren Hindernisse der Publikation zu überwinden oder nicht, jedenfalls danken wir ihm heute für das endliche Erscheinen und die wahrhaft opulente Ausstattung dieses ersehnten Werkes. Werden wir doch in demselben den ersten histopathologischen Atlas der Hautkrankheiten besitzen, und ist doch seit GUSTAV SIMONS tüchtigem Buche fast ein halbes Jahrhundert verflossen, dafs ein sich lediglich mit der Anatomie der Hautkrankheiten befassendes Werk überhaupt erschienen ist.

Von dem praktischen Sinne der Autoren zeugt jedes Kapitel, die knappe klinische Darstellung, die übersichtliche Herbeiziehung der Litteratur, die Vermeidung alles Überflüssigen und nicht zuletzt auch die alphabetische Anordnung des Stoffes. Es soll und es kann eben kein systematisches Werk der Histopathologie sein, sondern ein kurzes Lehrbuch derselben in Bild und Wort, und wir sind überzeugt nach dieser ersten Lieferung. dafs der didaktische Wert dieses Atlas als ein ungemein grofser sich erweisen wird. Die vorzüglich gelungenen chromolithographischen Tafeln stellen demnach hauptsächlich nur die Akneformen und die Aleppobeule dar, während der Text noch: Achromie, Akrodynie, Aktinomykose, Ainhum, Alopecie, Anämie und Atrophie behandelt. Mit 9 Lieferungen und in einem Jahre soll der Atlas beendet sein.

Es hat wenig Zweck und Nutzen, auf eine Darstellung und Kritik der Lehrmeinungen der beiden bedeutenden französischen Dermatologen einzugehen. Wenn

wir doch einige Bemerkungen anfügen, so thun wir es, um den Autoren den Beweis zu geben, dafs wir ihre vorzügliche Arbeit ernstlich studiert haben und uns nicht am Bilderbesehen genügen liefsen. Das Epithelioma contagiosum fassen sie als eine Talgdrüsenerkrankung auf; doch soll von dem eigentlichen Bau der Talgdrüse nichts mehr zu finden sein. Dies ist ein verdächtiges Zugeständnis gegenüber den Autoren, zu denen auch der Ref. gehört, welche dieses gutartige Epitheliom vom Oberflächenepithel ableiten. Fig. 1, Tafel V ist für uns auch kein genügender Beweis des Talgdrüsenursprungs. — Sodann scheint uns der neu vorgeschlagene Name: Acne rodens für die Acne varioliformis der Deutschen nicht so glücklich zu sein, wie Acne necrotica von Boeck. Denn das Beiwort rodens (z. B. beim Ulcus rodens) bezeichnete bisher das unbeschränkt Weiterfressende, was ja nicht auf die Acne necrotica pafst. — Wie man es nach den früheren Studien der Verfasser erwarten konnte, ist das Kapitel der Akne, einschliefslich des Rhinophymas, reich an eigenen Befunden und mit vorzüglichen Abbildungen ausgestattet. — Ebenso hervorragend scheint das noch nicht abgeschlossene Kapitel der Aleppobeule zu werden. — Für die nächsten Lieferungen wäre eine Berücksichtigung der neuen, sicheren Thatsachen über Keratohyalin und Eleidin erwünscht. — Damit genug im einzelnen. Im ganzen verdient das Werk in Anlage und Ausführung das uneingeschränkteste Lob. Mögen die übrigen Lieferungen in rascher Folge erscheinen.[1] *Unna.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie und Therapie.

Über die **Bedeutung der venerischen Krankheiten in sozialer Beziehung** hat Dr. Welander aus Stockholm einen Vortrag (*Hygiea.* 1888) gehalten, in dem er nachweist, wie besonders die Syphilis eine so verbreitete Krankheit ist, dafs sie eine Volksseuche genannt werden könne, und wie viele Todesfälle durch diese Krankheit vermittelt werden. Verf. beweist aus seiner Praxis, wie insidiös die Syphilis auftreten und anstecken kann, und referiert in demselben Sinne die bekannten Arbeiten von Fournier und anderen. Der Heirat gegenüber steht er auf demselben Standpunkte wie Fournier. Die „hérédité paternelle“ desselben Autors verneint er dagegen, indem er die Geburt eines syphilitischen Kindes als Beweis für Syphilis der Mutter annimmt.

Auch die Bedeutung der Gonorrhöe wird — etwas kürzer — hervorgehoben, und Verf. schliefst mit einem energischen Hinweis auf die Notwendigkeit einer möglichst kräftigen Prophylaxe gegen die venerischen Krankheiten.

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Zur Beleuchtung der Prostitutionsfrage hat derselbe Verf. am 13. Febr. 1889 im Verein der Ärzte einen Vortrag gehalten, der die Fortsetzung des vorigen ist. Direkt oder indirekt ist die Prostitution die Quelle der venerischen Krankheiten, und da eine Ausrottung derselben zu den Unmöglichkeiten gehört, müssen die Sanitätsbehörden den aus dieser Quelle stammenden Gefahren so weit als thunlich entgegenarbeiten, was nur rationell durch Isolierung der mit venerischen Krankheiten behafteten Prostituierten geschehen kann. Diese Krankheiten können aber nur durch

[1] Eine deutsche Ausgabe dieses Werkes, besorgt von Dr. E. Schiff, erscheint binnen kurzem im Verlage von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

regelmäſsige Besichtigung entdeckt werden. Deshalb müssen diese Verhältnisse durch Gesetz geordnet werden. Verf. wünscht die Regelung und die regelmäſsige Visitation, wenigstens zweimal in der Woche, rigoros durchgeführt, und bekämpft die Einwendungen der Gegner der Überwachung, welche in Stockholm wie anderswo in den späteren Jahren eine starke Bewegung und Opposition angeregt haben. Dagegen wünscht der Verf. nicht die Bordellierung der öffentlichen Dirnen in Stockholm eingeführt; daselbst wohnen die Prostituierten isoliert, und er bevorzugt diese Ordnung, wenigstens für die Stockholmer Verhältnisse. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Einiges über die Anwendung des Hydroxylamins bei Hautkrankheiten. Inaug.-Diss. von Simon Kantorowicz. Berlin 1889. Nach Erwähnung des Geschichtlichen, Chemischen und Physiologischen, was bisher über das Hydroxylamin in der Litteratur veröffentlicht wurde, der therapeutischen Resultate der Versuche, welche andere Autoren mit diesem Arzneimittel bei Hautkrankheiten angestellt haben, werden die Wirkungen und Nebenwirkungen des Hydroxylamins verglichen mit denen verwandter (reduzierender) Arzneimittel, speziell des Chrysarobins, Pyrogallols, Anthrarobins, wobei der Verf. zu dem Schlusse kommt, daſs gerade in dem Nichtvorhandensein der unangenehmen Nebenwirkungen, welche man bei dem Gebrauch der letzteren beobachtet, ein wichtiger Vorzug des Hydroxylamins beruhe. Die Krankheitsfälle, welche in der Würzburger Klinik mit Hydroxylamin behandelt wurden, und welche vom Verf. einzeln mitgeteilt werden, waren 5 Fälle von Pityriasis versicolor und 1 Fall von Herpes tonsurans. Der Herpes tonsurans wurde in kurzer Zeit geheilt; von den 5 ersteren Krankheitsfällen wurden 2 geheilt, 1 fast ganz geheilt uud 2 wesentlich gebessert.

Zum Schluſs wird zu weiteren Versuchen mit Hydroxylamin ermuntert.

Dreckmann-Hamburg.

Cirkulationsstörungen.

Antipyrinexanthem infolge von Antipyrininjektionen, von Mazzotti. (*Giornale delle malattie veneree e della pelle.*) Infolge der Publikation von Sée versuchte auch Verf. die analgesierende Wirkung von Antipyrininjektionen bei einer Patientin, welche an Ischias litt. Nachdem er 3 Tage hintereinander je 0,5 Antipyrin injiziert hatte, zeigte sich an der betreffenden Stelle und in deren Umgebung ein papulöses Exanthem. Nachdem jedoch dieses nach 4 Tagen abgeheilt war, entwickelte sich ein kleinbläschenförmiger, herpesartiger Ausschlag an der äuſseren Partie der Beine, am Fuſsrücken und an der Planta pedis.

E. Fink-Hamburg.

Spezifische Entzündungen.

b. *Cutiserkrankungen.*

Zur Anwendung der Salicylsäure bei Behandlung der venerischen Geschwüre, von Dr. Szadek. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 24.) Während H. v. Hebra (Pulverform) und Ingria und Profeta (7—12% Salben) bei Behandlung der venerischen Geschwüre mittels der Salicylsäure gute Erfolge verzeichnen konnten, rät Bogolubow, dieselbe ganz von der Zahl der bei Ulcus molle angewandten Arzneimittel auszuschlieſsen. Infolge dieser Meinungsverschiedenheiten benutzte Verf. die Salicylsäure teils in Pulver- teils in Salbenform bei 12 Personen seiner Praxis. Die Schluſsresultate dieser Versuchsreihe ergaben, daſs die Salicylsäure manchmal einen

gewissen Nutzen bei der Therapie des weichen Schankers bringen kann, jedoch kaum einen abortiven Einfluſs auf den Verlauf, und steht dieselbe wegen der langsameren Wirkung auf die Ulcerationen den anderen gegen Ulcera mollia benutzten Mitteln nach. *Gründler-Dresden.*

Zur Behandlung des Erysipels. (*Académie de méd. de Paris.* 1889.) Sée beobachtete seit Einführung der antiseptischen Bismuth. subnitr.-Verbände (1885) auf der von ihm geleiteten Station nicht mehr einen einzigen Fall von Erysipel; infolgedessen wandte er prophylaktisch in verdächtigen Fällen bei jedem Verbande Bismuth. subnitric. mit gutem Erfolge an. Aber nicht nur als Prophylaktikum, sondern auch als Heilmittel gegen das bereits bestehende Erysipel ist Bismuth. subn. zu betrachten und genügt es, die Oberfläche des Erysipels mit einer dichten Lage von diesem Pulver zu bedecken. *Gründler-Dresden.*

Endemische Beulen, von E. Schweninger und F. Buzzi. (*Charité-Annalen.* 1889.) Kasuistischer Beitrag. Nach einigen geschichtlichen Bemerkungen über Aleppobeulen teilen die Verfasser ihre Beobachtungen mit, die sie in 6 Fällen von Aleppobeulen bei 3 verschiedenen Individuen gemacht haben, indem sie durch eingehende Schilderung der Erkrankung die Diagnose begründen und diese durch Vergleichung mit ähnlichen Erkrankungen differential-diagnostisch sicherstellen. Als Entstehungsursache wird ein nur lokal wirkendes und bleibendes Agens angenommen, als dessen Träger Insekten und dessen Entstehungsort das Wasser zu betrachten sind. Ob es sich pathologisch-anatomisch bei dieser Erkrankung um ein sich langsam entwickelndes und zerfallendes Granulom oder um eine nur im Corium befindliche, kleinzellige, weniger geschwulstbildende Infiltration handelt, wagen die Verff. bei der Geringfügigkeit des ihnen zu Gebote stehenden Materials nicht zu entscheiden.

Dreckmann-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Vorschläge zur Verhütung der Übertragung der Syphilis in Findlingshäusern durch das Säugen, von Prof. Gamberini. (*Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle.* 1889.) Syphilitische Findlinge können ihre Krankheit leicht auf weite Kreise übertragen, wenn sie, wie es häufig vorkommt, einer Frau auſserhalb der Anstalt an die Brust gegeben werden. Die bald infizierte Frau steckt dann den Mann und ihre eigenen Kinder an.

Es bedarf daher einer sehr gründlichen Beobachtung eines Kindes, bevor es aus der Anstalt gebracht wird. Werden Zeichen der manifesten Syphilis beobachtet, so darf es nur von einer syphilitischen Frau ernährt werden, nur müssen beide sofort einer antisyphilitischen Kur unterzogen werden. Für das Kind empfiehlt Verf. den Liquor van Swieten, der mit ein paar Tropfen Milch gewöhnlich gut vertragen wird. Sollte letzteres nicht der Fall sein, so sind hypodermatische Sublimatinjektionen anzuwenden. — Um der Gefahr zu entgehen, daſs ein Kind mit latenter Syphilis die Ernährerin ansteckt, empfiehlt Verf. 2—3 Monate zu warten.

Nach seiner Ansicht bricht die latente Syphilis innerhalb dieses Zeitraumes immer hervor. Der gröſseren Sicherheit halber sollte man die Kinder dann impfen, weil erfahrungsgemäſs etwa vorhandene latente Syphilis nach der Impfung immer

zur Erscheinung kommt. (Als Zeichen der latenten Syphilis bezeichnet der Verf.: blutig-eiterigen Ausfluſs aus der Nase, rauhe Stimme, dünne Extremitäten, besonders die unteren, kupferrote Flecke der Haut und schlieſslich ein greisenhaftes Aussehen.)

E. Fink-Hamburg.

Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems, von Dr. H. Oppenheim. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 48 und 49. 1889.) In bezug auf die Hirnsyphilis steht Verf. nicht an, die Meningitis diffusa basilaris syphilitica als die gewöhnlichste Form syphilitischer Erkrankung des Gehirns zu bezeichnen; hierzu beschreibt er ausführlich die Veränderungen der Meningen, das übrige Gehirn kann bei makroskopischer Besichtigung intakt sein; meistens findet man einen oder mehrere Erweichungsherde oder auch Blutungen, besonders im Gebiet der groſsen Ganglien. Histologisch sind die groſsen Gefäſse an der Hirnbasis immer beteiligt. Nicht minder beachtenswert ist die Beziehung der Neubildung zu den Hirnnerven, vor allen Dingen zum Oculomotorius und Opticus. Gerade in der Umgebung des Chiasma opticum richtet sich das syphilitische Gewebe ein. Die schweren Folgezustände für das Gehirn entwickeln sich an Stellen, die von der Basis entfernt liegen, nämlich im Gebiet der groſsen Ganglien, der Capsula interna u. s. w., und sind zurückzuführen auf die Gefäſserkrankung, sind Folgen des Gefäſsverschlusses oder der Gefäſszerreiſsung. Das klinische Krankheitsbild ist dabei so charakteristisch, daſs man selbst bei fehlendem anamnestischen Nachweise einer syphilitischen Infektion die Diagnose stellen kann. Kopfschmerzen, die zeitweise in der Nacht oder am Morgen sich steigern, Erbrechen, Schwindelgefühl und Krampfanfälle. Abnahme der Intelligenz, eine gewisse Demenz, Apathie und Gedächtnisschwäche; zeitweise erhaltenes Bewuſstsein abwechselnd mit Benommenheit, Verwirrtheit, Erregtheit, Tobsucht. Auch Polydipsie und Polyurie ist beobachtet. Ferner zeigen sich Lähmungssyptome bestimmter Hirnnerven, besonders des Oculomotorius, Opticus und der Pupillennerven, so daſs in einzelnen Fällen nur reflektorische Pupillenstarre besteht. Beobachtet ist ferner Geruchstörung (Anosmie) ein- oder doppelseitig, ebenso ist mehrfach konstatiert, daſs die N. N. Olfactorii in die basale Neubildung eingebettet waren. Häufiger noch ist die Beteiligung des Trigeminus mit allen bekannten Symptomen. Für die Syphilis ist ferner der Verlauf ausschlaggebend, indem alle Erscheinungen flüchtig und unbeständig sind. Bei Eintritt von Hemiparesis oder Hemiplegie apoplektischen Ursprungs wird die Prognose ungünstiger, wenn nicht schlecht. Ist die Basilaris und Vertebralis in den Prozeſs hineingezogen, dann gesellen sich Bulbärsymptome hinzu.

Die Diagnose der Lues spinalis wird wesentlich gestützt durch den gleichzeitigen Befund entsprechender Hirnsymptome oder durch den anamnestischen Nachweis derselben. Auch im Rückenmark nimmt die Syphilis ihren Ausgang von den Meningen, wobei es sich meistens um eine diffuse flächenhafte Neubildung handelt. Ein zweiter Anhaltspunkt ist der schubweise Verlauf der Erkrankung, ebenso wechselt das Verhalten der Sehnenphänomene. Bei Beteiligung der Meningen und der Rückenmarkswurzeln treten Reizerscheinungen auf. Interkostalneuralgien, Schmerzanfälle in den unteren Extremitäten, auch motorische Reizerscheinungen: Rückensteifigkeit u. s. w., kommen vor, ferner atropische Lähmungen eines Armes oder Brachialneuralgie, Occipitalneuralgie u. s. w., partielle Empfindungslähmungen, isolierte Beeinträchtigung des Temperatursinnes. Die Prognose der Lues spinalis ist ungünstiger als die der Hirnsyphilis.

Hinsichtlich der Therapie ist nichts Neues zu sagen.

L. Hoffmann-Berlin.

Hereditäre Syphilis in der zweiten Generation, von CAESAR BOECK (Christiania). (*Ann. de Derm. et de Syph.* Bd. X. No. 10.) Ein sehr interessanter Beitrag zu der äufserst seltenen Heredität im zweiten Gliede.

Als bis jetzt unzweifelhaft einzig konstatierten Fall läfst B. den von HUTCHINSON (*London Hospital Report.* 1865) gelten.

Der B.sche Fall ist folgender:

1. Grofsmutter A. F. F. wurde, 18 Jahre alt, 1854 im Spital (von W. BOECK) an Ulcera an den Geschlechtsteilen, Roseola universalis, Plaques der rechten Tonsille behandelt.

Diese Frau brachte einige Jahre später

2. ihre Tochter, JOSEPHINE A. G., damals 2 Monate alt, mit schwerer hereditärer Lues. Heilung.

Nach 3 Jahren Vorstellung dieser Tochter mit „skrofulöser" — jedenfalls luetischen Ursprungs — Ophthalmie.

Als sie sich am 1. Mai 1889 vorstellte, trug sie zahlreicher Spuren hereditärer Lues an sich. Sie brachte

3. ihren 6 Monate alten Knaben. Mit $2^1/_2$ Monaten hatte sich bei ihm eine kongenitale Lues entwickelt: Coryza, makulo-papulöses Exanthem in den Inguinalfalten, am Hintern und Oberschenkeln.

Um wirklich Heredität im zweiten Gliede festzustellen, mufs die Heredität von väterlicher und Reinfektion von mütterlicher Seite ausgeschlossen sein. Beides konnte in diesem Falle mit absoluter Sicherheit geschehen, wofür B. die Daten vorlegt.

von Düring-Konstantinopel.

Subakuter Gelenkrheumatismus im Verlaufe der sekundären Syphilis, von C. TOURNIER. (*Annales de Derm. et de Syph.* Bd. X. No. 10.) Verf. sucht an der Hand eigener und anderweitig publizierter Beobachtungen nachzuweisen, dafs die in der Sekundärperiode der Syphilis auftretenden Gelenkaffektionen, die sogenannten „Pseudo-rhumatismes syphilitiques" durchaus accidentelle und keineswegs specifische Erkrankungen sind.

In überzeugender Weise legt Verf. dar, dafs keine der bisher mitgeteilten Beobachtungen etwas absolut Überzeugendes dafür bringe, dafs die Affektion eine specifische sei; dafs keiner der Autoren sichere differential-diagnostische Momente angegeben habe, vielmehr, wenn man seine Nebeneinanderstellung der als pathognomonisch angegebenen Symptome ansieht, so mufs man zugeben, dafs sie alle auf den subakuten Gelenkrheumatismus passen.

Weiter führt er an, dafs die Erkrankung mehrfach während einer merkuriellen Kur aufgetreten ist; dafs sie in einigen — und speziell in seinen Beobachtungen auf Quecksilber gar nicht reagiert hat, dagegen sofort auf Darreichung von Natron salicylicum geschwunden ist. Er befindet sich darin in Übereinstimmung mit ZEISSL.

von Düring-Konstantinopel.

Berichtigung.

Bezüglich meines Artikels in No. 2 des X. Bandes 1890 der *Monatsh. f. prakt. Dermat.*: „Über die Wirksamkeit des Aristol" etc. teile ich nachträglich mit, dafs die Erfinder des den Farbenfabriken, vormals FRIEDR. BAYER & Co. in Elberfeld patentierten Aristols die Herren Drs. MESSINGER und VORTMANN sind.

Ferner mufs es auf pag. 89, Zeile 11 von unten statt 0,5 g Harn 0,5 Liter Harn heifsen.

Elberfeld, den 29. Januar 1890. Dr. EICHHOFF.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. | N° 5. | 1. März 1890.

Über einen Fall von kongenitalem Adenoma sebaceum.

Von

J. J. PRINGLE M. B. M., R. C. P.,,
Sekundärarzt am Middlesex Hospital und Leiter der dermatologischen Abteilung an derselben.

Mit 1 chromolithographischen und 2 phototypischen Tafeln.

Der zu beschreibende Fall scheint mir ganz besonders zur Publikation in einem ausschliesflich dem dermatologischen Gebiete gewidmeten Fachblatte geeignet zu sein, denn seine Seltenheit und Eigenartigkeit mehr als seine praktische Bedeutung machen denselben für uns wichtig und interessant; das sich daran knüpfende Interesse aber wird von einem dermatologischen Spezialisten, dem eine derartige Zeitschrift am ehesten zu Gesicht kommt, besser gewürdigt werden als von dem medizinischen Publikum im allgemeinen.

GERTRUDE J., 25 Jahre alt, verheiratet, fand sich am 1. November 1888 in der dermatologischen Poliklinik des Middlesex Hospital ein, um bei mir wegen „Indigestion" und einer entstellenden Affektion der Gesichtshaut sich Rats zu erholen.

Die damals erhobene allgemeine Anamnese ergab folgendes: Vater und Mutter leben und sind gesund. Sie selbst ist, seitdem sie in ihrer frühesten Jugend Masern und Keuchhusten überstand, nie krank gewesen Mit 20 Jahren verheiratete sie sich, wurde aber niemals gravida, für welchen Umstand sie keine Erklärung anzugeben weifs, da sie in glücklichen Familienverhältnissen lebt, und der Umgang mit ihrem Manne nichts Abnormes darbietet. Letzterer ist ein robuster Arbeitsmann und hat in erster Ehe fünf Kinder gezeugt. Die Katamenien sind stets regelmäfsig gewesen, jedoch von Schmerzen begleitet, und die Menge der Blutung ist stets eine sehr geringe gewesen. Von ihren fünf Geschwistern, welche alle im frühesten Kindesalter starben, hat keins ein dem ihrigen ähnliches Hautleiden dargeboten; ebensowenig hat, so viel sie wenigstens hat in Erfahrung bringen können, irgend jemand aus ihrer Verwandtschaft über Ähnliches zu klagen gehabt. Sie klagt hauptsächlich über einen

nach der Aufnahme von Nahrung, namentlich von festen Speisen, sich einstellenden Schmerz, der von Flatulenz, Hyperämie und Brennen im Gesicht begleitet ist. Der Stuhlgang ist nach Angabe der Patientin chronisch sehr angehalten, erfolgt erst alle zwei bis drei Tage und pflegt dann auch stets hart zu sein. Der Appetit ist schwach, die Zunge klein, rot und mit einem dünnen Belag, durch den die prominenten Papillen hervorragen, bedeckt. Patientin gibt zu, daſs sie gewohnheitsmäſsig starken, heiſsen Thee sowohl bei als zwischen den Mahlzeiten in groſsen Quantitäten zu sich nehme, und sie glaubt selbst, daſs ihr dieses nicht gut bekommt. Gelegentlich trinkt sie auch ein Glas Bier beim Mittagsessen.

Die Entwickelungsgeschichte des Hautleidens im speziellen konnte nur mit beträchtlicher Schwierigkeit eruiert werden, da die Angaben der Patientin und ihrer sie begleitenden Mutter — und keine der Beiden zeichnete sich durch besonders scharfe Intelligenz aus — oftmals gar nicht übereinstimmen wollten. Immerhin scheint soviel fest zu stehen, daſs „Etwas," was nicht normal war, im frühesten Kindesalter an der Haut des ganzen Körpers, namentlich aber des Gesichts konstatiert wurde. Man kann aber durchaus nicht als ausgemacht annehmen, daſs die Affektion des Rumpfes und der Extremitäten dieselbe gewesen sei wie diejenige des Gesichtes; im Gegenteil, es erscheint sogar wahrscheinlich, daſs hier zweierlei Krankheiten bestanden haben, denn die Patientin erklärt ausdrücklich, sie entsinne sich des Befallenseins der Handteller und daſs dieselben ungefähr in ihrem zwölften Lebensjahre besser wurden, während gleichzeitig das Gesicht sich verschlimmerte. Seit ihrem sechszehnten Jahr ist die Affektion langsam aber sicher spontan zurückgegangen, wobei die Stirnhaut, welche damals intensiv befallen war, im neunzehnten Lebensjahre wieder normal wurde. Zu keiner Zeit sind Komedonen oder andre auf Akne deutende Erscheinungen, weder im Gesicht noch auf dem Rücken beobachtet worden, und es hat sich auf dem Kopfe niemals Schorf entwickelt.

Patientin ist im Journal angeführt als: „eine untersetzte, gut genährte Brünette, deren geistige Fähigkeiten den Durchschnitt entschieden nicht erreichen; die auf die gestellten Fragen gegebenen Antworten erfolgen zögernd und sind nicht zuverlässig. Das Haar ist reichlich, von dunkelbrauner Farbe, die Iris ist tief pigmentiert, die Nägel gut entwickelt, aber die Zähne sind klein, und viele derselben sind kariös. An den Stellen, wo die Haut von der Affektion verschont geblieben ist, ist sie leidlich zart und elastisch."

Des Zustandes der Verdauungsorgane ist schon Erwähnung gethan worden. Es sei hier nur noch eingeschaltet, daſs eine spätere Untersuchung das Vorhandensein einer geringen Empfindlichkeit und möglicherweise einer Dilatation des Magens erkennen lieſs. Die Geschlechtsorgane

wurden nicht untersucht. Das Gesicht bot eine mir total fremde Beschaffenheit dar, die folgendermaſsen beschrieben werden kann: Die Affektion ist mit annähernder Symmetrie über die oberen und unteren Augenlider verteilt; ferner über die Nase auf deren Basis, Rücken, Spitze, Seiten und Winkel; dann über die Nasolabialfalten und über die Wangen in einer Ausdehnung bis zu einer ca. einen Zoll auſserhalb des äuſseren Augenwinkels vertikal gezogenen Linie; schlieſslich über die untere Fläche der Unterlippe, die Kinn-Lippenfurche und das Kinn. Die Oberlippe mit Ausnahme des Philtrum und die Mundwinkel sind fast ganz verschont geblieben. Die Kopfschwarte, Nacken und Ohren sind absolut frei. Einige unbestimmte Läsionen — vermutlich Überreste früherer Krankheit — finden sich auf den Regiones superciliares und interciliares lokalisiert. Die Schleimhaut des Mundes, der Nase und der Conjunctiva sind von normaler Beschaffenheit. Der Ausschlag verursacht nach Aussage der Patientin bei kaltem Wetter Schmerzen und besteht aus torpiden, festen, weiſslichen oder gelblichen, sagokornähnlichen, massiven Papeln oder kleinen Tumoren, die zu verschiedenen Tiefen in die Haut eingelassen sind oder aus derselben hervorragen und eine Gröſse, die zwischen Stecknadelspitzen- und Kleinerbsengröſse variiert, besitzen. Unterhalb des Mundes finden sich die kleinsten Papeln, welche blasser, spitzer und von stärkerem Lichtbrechungsvermögen als die anderswo lokalisierten sind. Die umfangreichsten Gebilde dieser Art sitzen an den Winkeln der Nase, in den Nasolabialfurchen und auf den angrenzenden Partien des Gesichts; bei einigen ist die Oberfläche abgeflacht, bei andern rund, mit breiter Basis; etliche wenige namentlich an den Nasenwinkeln sind zugespitzt, von warzenartigem Aussehen, und verhältnismäſsig lang gestielt. Diese Gebilde besitzen, ob zwar dicht zusammengedrängt, doch jedes seine scharfmarkierte Abgrenzungslinie, und man gewinnt den Eindruck, daſs dieselben niemals zu zusammengesetzten Gebilden sich vereinigen. Es besteht nirgends eine Kontinuitätstrennung in der Epidermis oder irgendwelche Andeutung eines exkretorischen Ganges an irgend einem dieser Gebilde, aber beim Einstechen mit einer Nadel kann man leicht eine weiſse Masse aus ihnen ausdrücken, welche unterm Mikroskop sich als eingedicktes Sebum ausweist.

Unzählige, minimale Kapillardilatationen und sternförmige Teleangiektasien stehen in inniger Vermischung mit diesen Abnormitäten, und überschreiten deren Grenzen nach allen Richtungen, namentlich über den Wangen und nach den Ohren zu. Auch sind viele der gröſseren Talgdrüsenknoten von einem weniger umfangreichen Kapillarnetz in kreisförmiger Umgrenzung eingeschlossen, und über manche derselben ziehen dilatierte Gefäſse in gröſserer oder geringerer Menge hinweg, während bei andern die Kapillaren mit dem Grundgebilde vereinigt sind, daſs eine

gleichmäſsige, ausgesprochene, rosa- oder Johannisbeergelee-artige Färbung entsteht. Einige der Teleangiektasien ragen über das Niveau der Haut hinaus, während dies bei andern nicht der Fall ist; einige wiederum entleeren sich auf Druck vollständig, andere teilweise und wieder andere gar nicht.

Auſserdem ist auf der Stirn, den Wangen, der Nase und dem Kinn eine diffuse, hyperämische Rötung zu konstatieren, welche für die beschriebenen pathologischen Veränderungen eine Art Hintergrund abgibt, und welche nach der Aussage der Patientin je nach dem Zustand der Verdauungsorgane wechselt. Auf der Haut zwischen den Schulterblättern sieht man zahlreiche nävoide Teleangiektasien, die gröſser aber im übrigen von ähnlicher Beschaffenheit wie diejenigen im Gesichte sind; dabei existieren jedoch weder Komedonen noch irgendwelche anderen begleitenden Symptome von Talgdrüsenerkrankung. Hinterm linken Ohr sitzt eine flache gelbliche Warze von der Gröſse eines silbernen Zwanzigpfennigstücks, die viel Jucken verursacht und wahrscheinlich kongenital ist. Auf der Hinterfläche der Oberarme und der Auſsenseite der Oberschenkel ist stellenweise eine mäſsige Anhäufung von Epidermiszellen um einzelne Lanugohaare herum nachzuweisen, eine milde Form von Keratosis (vel Ichthyosis) pilaris, die wahrscheinlich auch kongenital ist und als die Überreste der in früher Kindheit beobachteten Affektion angesprochen werden kann. Bei der üblichen Untersuchung auf Störungen seitens des nervösen und des uropoetischen Systems wurden keine Abnormitäten nachgewiesen.

Es muſste hierbei nun sofort einleuchten, daſs in diesem Falle zwei wahrscheinlich völlig von einander getrennte Faktoren mit im Spiele waren: 1. eine wohlbekannte, oft transitorische oder leicht zu heilende erythematöse Form der „Rosacea" und 2. eine fremdartige und offenbar persistierende, neoplastische Affektion der Talgdrüsen, welche vielleicht noch am engsten mit Milium verwandt sein mochte. Der Fall wurde demnach als „Rosacea mit einer eigentümlichen Art von Milium" bezeichnet. Als einen nicht unwichtigen Umstand wollen wir noch erwähnen, daſs wir es nur der gewöhnlicheren und in diesem Fall unbedeutenden Affektion der Rosacea zu verdanken hatten, daſs die Patientin uns überhaupt zu Gesicht kam.

Die angeordnete Therapie bestand in der Substituierung von Milch oder Milch und Sodawasser an Stelle von Thee und Bier, welche beide strengstens verboten wurden; dabei wurde auch der Genuſs von Suppe oder andern heiſsen Flüssigkeiten untersagt und auch Vorschriften in bezug auf einige andere, palpable Diätfehler gegeben; es wurde ein Laxans mit Magnesia jeden Morgen vorm Frühstück zu nehmen verschrieben, und daneben eine einfache Mixtur mit Alkalien, Rheum und

Gentiana dreimal täglich eine Viertelstunde vorm Essen gegeben; schliefslich wurde ein schwaches Schwefel- und Galmeiwaschwasser jeden Abend anzuwenden verschrieben.

Bei dieser Behandlung besserte sich die Patientin rapide, und eine Notiz vom 6. Dezember 1888 besagt, dafs „die Rosacea jetzt völlig verschwunden ist." Ungefähr um dieselbe Zeit wurde von Herrn Burgess die vorzügliche Aquarellzeichnung entworfen, nach der die beigegebene Lithographie angefertigt ist, und von der ein Duplikat sich in der Sammlung der Royal College of Surgeons befindet.

Die Patientin wurde in der Sitzung der dermatologischen Gesellschaft vom 9. Januar 1889 vorgestellt, aber keins der anwesenden Mitglieder konnte sich erinnern, jemals einen ähnlichen Fall gesehen zu haben. Dagegen erkannten zwei gerade anwesende Gäste (Dr. Feibes aus Aachen und Dr. Finch Noyes aus Melbourne, denen meinen Dank aussprechen zu können ich mich freue), dafs die Affektion mit einigen im Museum des Hôpital St. Louis in Paris befindlichen Modellen vollständig übereinstimmte. Bei Gelegenheit des dort im Monat August 1889 abgehaltenen Kongresses konnte ich die Richtigkeit dieser Beobachtung vollauf bestätigen.

Es wurde aus der Haut ein halbmondförmiges, einen halben Zoll langes und an der dicksten Stelle ein achtel Zoll breites Stück aus dem linken Nasenwinkel am 21. März 1889 excidiert und sofort in Spiritus rectificatus eingelegt. Ungefähr 6 Wochen später hatte mein Bruder, Herr Andrew Pringle, die Güte, mehrere mikroskopische Schnitte anzufertigen und zu färben, und ich verdanke ihm ebenfalls die mitgegebenen Mikrophotogramme eines dieser Präparate. Diese wurden mit einer 70 mm Zeiss apochromatischen Linse und einem gewöhnlichen 1 Zoll Zeiss Objektiv unter Anwendung besonderer apochromatischer Platten und geeigneter Blenden angefertigt. Die Präparate waren nach Ehrlich gefärbt mit Hämatoxylin, Fuchsin und Safranin.

Photogramm No. 1 gibt einen allgemeinen Überblick des Schnittes bei schwacher Vergröfserung und läfst alle die hauptsächlichen Eigentümlichkeiten erkennen. Die Photogramme 2, 3 und 4 zeigen einzelne Bestandteile von No. 1 unter einer dreimaligen Vergröfserung.

Histologie: Über den ganzen Schnitt hin sind die oberflächlichen Epithelschichten ziemlich dünn aber im übrigen normal ausgebildet; sie sind nirgends vom Rete abgelöst, aber das letztere läfst eine hochgradige, wenn auch unregelmäfsige Rückbildung erkennen, indem es in das darunter gelegene Derma tief hineinsenkt, so dafs man meint, einen Fall von hochgradiger Papillarbildung zu sehen, während in Wirklichkeit, wie sogleich nachgewiesen werden wird, dasselbe nur eine passive Rolle bei diesem Prozefs spielt. An dem rechts gelegenen Ende des Schnittes

sieht man eine enorm gewucherte Papille (Photogramm 2), die zur Linken von einer tiefen Furche begrenzt wird. Diese stellt sich unter Vergrößerung als ein leerer Haarschaft dar, an dessen Basis die Talgdrüsenanhängsel münden, und an welchem Teile der Wurzelscheide noch anhaften. (Leider war es nicht möglich, die Basis des Follikels mit zu photographieren.) An andern Stellen längs der Oberfläche des Schnittes (Photogramm 3) stehen rudimentäre Haargebilde. Die hauptsächlichsten pathologischen Veränderungen betreffen das Corium, dessen obere Papillarschicht enorm hypertrophisch ist, aber ohne alle Andeutungen von Entzündung oder zelliger Infiltration. Das warzige, unregelmäßsige Aussehen der Haut beruht teils auf dieser pathologischen Veränderung, und das bereits erwähnte, gestielte Gewächs besteht fast ausschließlich aus hypertrophischem Bindegewebe. Die tieferen Schichten sind aber die am wesentlichsten beteiligten. Die Hauptanomalie besteht aus einer enormen Vermehrung sowohl der Anzahl als auch der Verzweigungen der Talgdrüsen, wodurch man auf den ersten Blick an das Allgemeinaussehen mikroskopischer Schnitte von acquiriertem Rhinophyma sebaceum erinnert wird. Viele der im Schnitte vorhandenen Talgdrüsen stehen durch Gänge in nachweislichem Zusammenhang mit Haarfollikeln; einige der Gänge sind unvollständig, während an andern Stellen Talgdrüsenmassen (Photogramm 4) ganz unterhalb des normalen Niveaus der Basis der Haarfollikel liegen und auch an die gleichzeitig entfernten Fasern von Stücken quergestreifter Muskeln angrenzen und sogar zwischen dieselben hineingewuchert sind. Die Zahl und auch die Lage dieser Massen lassen es undenkbar erscheinen, daß sie alle mit Haarelementen in Verbindung stehen sollten. Einen Beweis der Funktion dieser Drüsen liefert die Thatsache, daß in vielen derselben Sebum sichtbar ist, wodurch die klinische Beobachtung, daß der Inhalt sebumartig war, noch bestätigt wird. Das Drüsenepithel ist überall gut entwickelt, und die Acini lassen nirgends regressive Veränderungen erkennen, vielmehr ist die Kleinzellenanhäufung von offenbar epithelialem Typus in der Umgebung vieler der Gebilde im Gegenteil eine starke Indikation fortgesetzter produktiver Thätigkeit. Die unzweifelhaft vorhandenen Gefäßsveränderungen waren leider nicht zu demonstrieren infolge der notwendigerweise geringen Ausdehnung des entfernten Stückes, welches überdies absichtlich einem besonders viele Drüsen führenden Gebiet entnommen worden war.

An den wenig zahlreichen Schweißsdrüsen konnte keine Abnormität nachgewiesen werden.

Behandlung: Es hielt schwer, die Patientin zu überreden sich irgend einer versuchsweisen Behandlung zu unterwerfen, da sie sich an die verursachte Entstellung gewöhnt hatte und dieselbe nicht mehr unangenehm empfand. Alle Versuche, die kleinen Tumoren mit den bei

Lupus geeigneten Instrumenten auszulöffeln, auszukratzen oder auszubohren, stellten sich als schmerzhaft und unbefriedigend heraus, da die Gewächse viel fester und tiefer in der Haut saſsen, als man vermutet hatte. Es wurde| auch ein Versuch mit oberflächlicher Skarifikation gemacht, jedoch verursachte dieselbe beträchtliche Blutung und führte den Verlust eines ganzen Arbeitstages herbei. Elektrolyse wurde, als nur auf die kleinsten Tumoren applikabel, nicht in Anwendung gezogen.

Weiterer Verlauf: Während des seit der ersten Beobachtung verflossenen Jahres ist spontan eine entschiedene Besserung eingetreten. Viele der Talgdrüsentumoren auf den Wangen und dem Nasenrücken sind verschwunden und haben an den von ihnen eingenommenen Stellen nur wenig eingesunkene, weiſse, atrophische Narben hinterlassen, welche mit der Zeit wahrscheinlich sich völlig ausgleichen und unsichtbar werden werden, wie dies mit den früher auf der Stirn vorhandenen Gebilden der Fall gewesen ist. Selbst die Gefäſserweiterungen sind jetzt weniger zahlreich. Die Patientin hatte über keinen Rückfall der Rosacea oder der Dyspepsie zu klagen gehabt.

Epikrise: Es erscheint nicht unwahrscheinlich, daſs geringe Grade eines dem eben beschriebenen ähnlichen Zustandes nicht durchaus selten sind, aber es bleibt die Thatsache unbestritten, daſs bisher erst zwei analoge Fälle wirklich beschrieben worden sind, wenn auch fünf solche im Hôpital St. Louis in Paris zur Beobachtung gelangt sind und auch für das Museum des Hospitals von Herrn Baretta modelliert wurden. Es freut mich von allen fünfen einen kurzen Bericht geben zu können.

Die Publikation der zwei beschriebenen Fälle verdanken wir dem Herrn Kollegen Balzer. Sie sind einfach als „Adénomes sébacées“ bezeichnet, und die entsprechenden Modelle tragen die Nummern 1044 und 1069.[1]

Fall I.[2] Der Bericht enthält eine sehr erschöpfende und ausgezeichnete Beschreibung des an einem 21jährigen Frauenzimmer beobachteten Ausschlags und könnte fast wörtlich auf meinen eigenen Fall übertragen werden. Die im Balzerschen Bericht zu konstatierenden Abweichungen von meiner eigenen Beobachtung sind hauptsächlich folgende: a. Die Anamnese ergab einige allerdings unzuverlässige Andeutungen von hereditärer Übertragung. b. Der Ausschlag wurde zuerst im elften Jahre bei gleichzeitigem Eintritt der Katamenien beobachtet. c. Der Ausschlag besaſs eine weit gröſsere Intensität und Ausdehnung, als dies bei Gertrude T. der Fall war, indem auſser den auch bei dieser befallenen

[1] *Catalogue des Moulages coloriés du Musée de l'hôpital St. Louis*, par le Docteur H. Feulard. Paris 1889.

[2] Balzer et Ménétrier, Étude sur un cas d'adénomes sébacés de la face et du cuir chevelu. *Archives de Physiologie*. 30 Septembre 1885. No. 7. Paris.

Teilen noch die Stirn, die Kopfhaut, Nacken und Ohren ergriffen waren. d. Die Patientin litt auch noch an anderweitigen Talgdrüsenaffektionen, nämlich an Akne und Seborrhoea sicca. e. Die Beteiligung von Gefäfsaffektionen war sehr unbedeutend; „die Farbe der Tumoren ist dieselbe wie die der umgebenden Haut, die Mehrzahl der Neoplasmen scheint sogar nur sehr wenig gefäfsreich zu sein, und es ist nur an wenigen das Vorhandensein von kleinen Venenverzweigungen (arborisations) zu konstatieren." f. Die kleinen Tumoren waren mit winzigen Talgcysten, die sich als zahlreiche, kleine, weifse Punkte, wie Milien präsentierten, dicht besetzt. g Dieselben liefsen sich mit einer Curette leicht ausschälen. h. An einigen wenigen Stellen schienen verschiedene der Neubildungen aus Schweifsdrüsen entweder zu entspringen oder diese letzteren mit in ihr Bereich wenigstens hineingezogen zu haben, obgleich man in bezug auf dieses Verhalten nicht mit voller Bestimmtheit sprechen konnte; immerhin war die Beteiligung der Schweifsdrüsen, wo sie immer statt hatte, offenbar ein sekundärer Vorgang.

Fall II, ebenfalls von Dr. Balzer[3] herrührend, betrifft eine verheiratete Frau von 32 Jahren, bei der die Affektion angeblich immer vorhanden gewesen war. Mit Dr. Balzers erster Beobachtung stimmte diese zweite in allen andern Punkten fast vollständig überein, nur dafs die Kopfhaut nicht mit affiziert war, und dafs eine anderweitige Talgdrüsenerkrankung nicht bestand, ein Umstand, der sich zum Teil wenigstens wohl durch das vorgeschrittene Alter der Patientin erklärt. Dagegen fand sich in diesem Fall keinerlei Beteiligung der Schweifsdrüsen.

In diesen beiden Abhandlungen bespricht Dr. Balzer aufs eingehendste und gründlichste die pathologische Anatomie des Leidens. Der ersteren sind vorzügliche Lithogramme nach mikroskopischen Zeichnungen beigegeben, und es läfst sich daraus neben den auch in meinem Falle vorhandenen Veränderungen noch das Vorhandensein von multiplen, kleinen Cysten nachweisen, welch letztere in einer Anzahl von etwa 25 bis 30 oder noch mehr auf jedem der dem Gesichte entnommenen Präparate zu sehen waren. Dieselben fanden sich auch bei seinem zweiten Falle. Balzer vertritt die Ansicht, dafs diese Gebilde die Folge einer vorzeitigen, talgigen Differenzierung der Zellen seien, während die in geringer Anzahl vorhandenen gröfseren Cysten als das Resultat von Retention und Dilatation wie bei dem gewöhnlichen Talgdrüsensystem anzusprechen seien.

Es ist von Interesse sich zu vergegenwärtigen, dafs keinerlei derartige Gebilde bei meinen Präparaten sich vorfanden und ebensowenig bei den später zu erwähnenden Beobachtungen, trotzdem, wie es scheint.

[3] Balzer et Grandhomme, *Archives de Physiologie*. 15 Juillet 1886. No. 5.

alle disponierenden oder steigernden Faktoren einer derartigen cystischen Entartung vorhanden gewesen sind.

Dr. CHAMBARD[4] gibt bei Besprechung des ersten Falles der Bezeichnung „Metatypisches tubulöses Epitheliom“ für diese Tumoren den Vorzug, wobei er das Substantivum in einem rein histologischen Sinne gebraucht. Ich gestehe, daſs ich mich in vollster Überinstimmung mit Dr. BALZER befinde, wenn er unter Betonung ihrer allgemeinen klinischen Eigenschaften, ihrer Multiplizität, ihrer Neigung zur Bildung von Stielen, ihrer offenbaren Benignität, ihrer vollständigen Einkapselung in einer Scheide von vollkommen ausgebildetem Bindegewebe und ihres der Entwickelungsweise des drüsigen Gewebes, aus dem sie entspringen, ähnlichen Entstehungsmodus den Namen Adenomata für diese Gebilde passender findet, als den zweideutigen und oft irreführenden Ausdruck Epitheliom, welcher (wenigstens in England) kaum Aussicht hat jemals in dem von den meisten deutschen und einigen wenigen französischen Autoren, mögen dieselben noch so angesehen sein, gebrauchten Sinne in Anwendung zu zu kommen.

Ich verdanke der ausgezeichneten Freundlichkeit und Höflichkeit Dr. VIDALS die Erlaubnis, von den beiden folgenden, bisher nicht publizierten Fällen Gebrauch zu machen.

Fall III. Miliare Adenomata sebacea mit Teleangiektasie, die angeblich im fünften Lebensjahre entstanden, wahrscheinlich aber seit der Geburt vorhanden gewesen sind. Museum des Hôpital Saint Louis. Modell No. 1169. Die Notizen über diesen Fall sind von Dr. BROCQ aufgezeichnet worden und werden hier in wörtlicher Übertragung mitgeteilt: „BLANCHE S., 15jähriges Mädchen, wurde in Dr. VIDALS Klinik im St. Louis Hospital im März 1886 aufgenommen. Auf der Stirn sieht man unter einigen kleinen isolierten Komedonen und ein paar zerstreuten Aknepusteln sehr zahlreiche, kleine, rundliche, blaſsgelbe Prominenzen, auf denen bei sorgfältiger Besichtigung eine beginnende Teleangiektasie sich erkennen läſst. An der Basis der Nase sitzen zwei bis drei kleine, disseminierte Pusteln von Acne simplex. Auf dem Rücken und der Spitze der Nase, an deren Seiten und auf den Wangen finden sich in groſser Anzahl unregelmäſsige Hervorragungen, welche in der Haut kleine, weiſsliche, gebliche oder auch bräunliche Erhebungen, in gewissem Grade an eng aneinander gedrückte Grieſskörner erinnnernd, bilden. Diese unregelmäſsig gestalteten Gruppen von ziemlich gelber Farbe, sind von hellrot gefärbten Gefäſsverzweigungen durchzogen. Die Gebilde, in der Nasolabialfurche konfluierend, stellen dort eine maulbeerähnliche Gruppe dar. Mit der zunehmenden Entfernung von dieser Stelle werden sie immer

[4] *Annales de dermat. et de syph.* 1886. pag. 437.

weniger zahlreich und hören an der Nasenwurzel völlig auf. Nach den Wangen zu treten die Abnormitäten als disseminierte, abgegrenzte, ganz kleine Tumoren von Stecknadelkopfgröſse auf, und auch hier sind einige sehr gefäſsreich und von hellroter Farbe. Die einzelnen Gebilde sind von sehr variabler Gröſse, die kleinsten derselben sind blaſsgeblich, punktförmig, mit abgeflachter Oberfläche, glänzend. An der Auſsenseite der Nasenflügel und auf deren Auſsenkante sind diese Erhebungen konfluierend und von maulbeerartigem Aussehen. Die Mehrzahl derselben zeigt ausgebildete Vaskularisation, und die Teleangiektasie ist an diesen Stellen am ausgesprochensten. Eine beträchtliche Anzahl dieser kleinen Tumoren hat auf der Oberlippe ihren Sitz, am zahlreichsten in der Mittellinie; die meisten sind von Stecknadelkopfgröſse und von gelblicher Farbe; bei vielen ist auch das Vorhandensein von Teleangiektasien zu konstatieren."

„Auf dem Kinn ferner finden sich ganze Gruppen dieser kleinen konfluierenden Tumoren; sie sind dort deutlich gefäſsreich und nach dem Centrum zu von tiefroter, nach den Rändern zu von mehr gelblicher Farbe, von der Gröſse eines Stecknadelkopfes und mit glänzenden, abgeflachten Spitzen. Die Orificien der Talgdrüsen auf den Ohrmuscheln sind sehr deutlich erkennbar und dilatiert. Die Stirn und Nase sind mit ziemlich zahlreichen Aknepusteln besetzt. Ferner besteht etwas trockene Sehorrhöe der Kopfschwarte, und auch über Schultern und Rücken ist ein Akneausschlag verstreut. Das Leiden ist wahrscheinlich kongenital aufgetreten, obgleich das Mädchen sowohl wie ihre Mutter behaupten, daſs die ersten Symptome nicht vor dem fünften Lebensjahre beobachtet wurden."

„Es war unmöglich, die Patientin zur Zulassung der für eine histologische Untersuchung erforderlichen Operation zu bewegen."

Nach der gegebenen Schilderung ist die identische Übereinstimmung dieses Falles und des meinigen einleuchtend.

Fall IV. Kongenitales teleangiektatisches Adenoma sebaceum. Das Modell, No. 1170 des Katalogs, befindet sich im Museum des Saint Louis Hospitals in der die Naevi enthaltenden Abteilung[5] und ist als vaskuläre und papilläre Naevi klassifiziert.

„Charles C., 18½ Jahre alt, wurde am 1. Juni 1886 im Hospital auf Salle Devergie No. 35 als Patient von Dr. Vidal aufgenommen."

[5] Das Wort Naevus ist hier in demjenigen Sinne, den man auf dem Kontinent demselben beilegt, gebraucht. In *Ziemssens Handbuch der Hautkrankheiten*, pag. 438 beschreibt z. B. Lesser den Begriff des Naevus als „jene kongenitalen Hautaffektionen, welche sich zunächst als cirkumskripte Vermehrung des Pigments darstellen, bei denen aber an andern Teilen der Haut gleichzeitig des Corium, der Papillarkörper, die Hornschicht eine Hypertrophie darbieten können" u. s. w. — Der Verfasser hält diese Auffassung des Begriffs nicht für glücklich gewählt, wenigstens nicht für klinische Zwecke, indessen war es in dem vorliegenden Falle nicht möglich, denselben zu umgehen. — J. J. P.

„Bei der Geburt schon hatte man unterhalb der Unterlippe, in der Kavität des Kinnes, um die Nasenflügel herum, in den Naso-labialfurchen und im zentralen Teil der Oberlippe unterhalb des Septum narium kleine Gruppen von gestielten, kleinen, teils erbsenförmigen, teils spitzen, den Fleischwarzen analogen (bourgeons charnus) Erhebungen wahrgenommen. In der Umgebung dieser Gruppen fanden sich andere kleine Prominenzen von derselben Beschaffenheit aber isoliert, viel kleiner und unregelmäſsig verteilt. Seit dieser Zeit hatten diese Gebilde allmählich an Gröſse und Zahl zugenommen, jedoch war das Wachstum ein sehr langsames gewesen."

Status präsens: „Die kongenitalen Hautanomalien stehen in Gruppen von kleinen, glänzenden, glatten, hellroten Knötchen, deren Gröſse von der Ausdehnung eines Stecknadelkopfes bis zu derjenigen eines groſsen Hirsekorns wechselt. Diese Auswüchse sind voll (pleins), sehr gefäſsreich und erektil. Sie sind zu racemösen Gruppen zusammengestellt. Kleine, auſserordentlich zarte Gefäſserweiterungen sind an den am periphersten gelegenen, gleichzeitig flachsten und umfangreichsten Knötchen deutlich erkennbar. Auf Einstechen, eine Prozedur, welche lebhafte Schmerzen verursacht, entleert sich eine kleine Menge Blut, doch läſst sich die Hämorrhagie nur mit einiger Schwierigkeit sistieren. Unterhalb des linken unteren Augenlids ist ein dreieckiger Fleck lokalisiert, welcher durch das Zusammenflieſsen mehrerer dieser Exkrescenzen entstanden zu sein scheint. Derselbe ist sehr gefäſsreich und läſst sich durch Fingerdruck flacher und blasser machen. Auf der Oberlippe sitzt eine groſse Anzahl dieser Hervorragungen, welche zugespitzt, sehr klein und von violettroter Farbe sind. Auf der Kinnfurche findet sich eine maulbeerförmige Masse von der Gröſse eines 20 Centimes-Stückes, eine Anhäufung von kleinen papillomatösen Tumoren, welche gefäſsreich und zum gröſsten Teil gestielt sind. Rings um das Kinn sind diese Naevi weniger deutlich ausgebildet; sie ragen zwar über das Niveau der Haut hervor, sind aber ungestielt; sie sind gefäſsreich, rot und verkleinern sich unterm Druck mit dem Finger. Unterm Kinn sind diese kleinen Tumoren sehr wenig umfangreich, konfluieren nach dem Centrum zu, sind auf den Seiten scharf gesondert und weiter zerstreut und mit teleangiektatischen Stellen vermischt. Auf der Nase sitzen diese Erhebungen auch in gewisser Anzahl, und daneben finden sich dort eine groſse Menge winziger, teleangiektatischer Verzweigungen, welche unter Fingerdruck völlig verschwinden. Sie besitzen ein maulbeerartiges Aussehen und sind gegen die Spitze zu am reichlichsten vertreten. Einige wenige derartige gefäſsreiche Erhebungen, jedoch weit kleiner und viel weniger dicht beieinander liegend, sieht man auf dem Unterkiefer und auf der Basis des Halses, sie machen den Eindruck, als ob sie aus dem Innern der Haarfollikel entstanden

sind. Ferner sind einige noch kleinere Geschwülstchen über die Wangen verstreut. Auf der Stirn endlich sind diese cirkumskripten Geschwülstchen ziemlich zahlreich verteten, eins derselben hat sogar die Gröfse eines Hanfkorns erreicht; dasselbe ist rot und ein wenig pigmentiert. An dieser Gegend haben sich auch Epheliden entwickelt."

„Auf dem Nacken lassen sich zahlreiche warzige Erhebungen, von denen einige gestielt sind, andere breitblasig aufsitzen, konstatieren; dieselben sind als warzige Naevi anzusprechen. Auf der Basis des Halses sitzen an der rechten Seite zwei schlaffe, bewegliche und mehr als einen Centimeter lange Tumoren (acrochordon). Zu beiden Seiten des Halses und auf dem Nacken sitzen mehrere dieser Acrochordons; sie sind gestielt, welk, runzelig und von 8 bis 10 mm Länge. Auf dem Rücken finden sich in geringer Anzahl flache, weifsliche, warzige Naevi. Der Patient weigerte sich irgend welche der kleinen Tumoren des Gesichts excidieren zu lassen."

Wenn auch die eben gegebene Beschreibung nicht genau mit derjenigen meines eigenen Falles übereinstimmt, so kann man doch bei genauerer Betrachtung des Modells durchaus keinen Zweifel hegen, dafs es sich dabei sicherlich um dieselbe Affektion wie bei Gertrude T. handelte, nur bestand eine ausgesprochene Prädisposition zur Entwickelung von Blutgefäfserweiterungen, und Dr. Vidal hat auch bei der Schilderung seines Falles auf diese Eigentümlichkeit hauptsächlich sein Augenmerk gerichtet.

Mein Freund Dr. Hallopeau hat ebenfalls mit gröfster Liebenswürdigkeit mir seine unveröffentlichen Notizen über seinen als Adenomata sebacea, miliaria, teleangiectatica bezeichneten Fall, nach welchem eine Moulage, No. 1291, sich im Museum des Hôpital St. Louis befindet, zur Verfügung gestellt.

Fall V. — „V. U., 20jähriger Schieferdecker, wurde am 4. Oktbr. im Salle Bichat aufgenommen. Nach eigener Angabe des Patienten fing das Leiden ungefähr in seinem 12. Jahre mit der Entwickelung von Erhebungen auf der linken Seite des Kinns auf ähnliche Weise, wie sie jetzt um seine Nase herum zu sehen sind, an. Ein Jahr später zeigten sich ähnliche Prominenzen auf der linken Genio-nasalfurche, sowie bald nachher auch auf der entsprechenden Stelle der rechten Seite und zu beiden Seiten des Kinnes."

„Bei der Aufnahme konstatiert man auf beiden Seiten des Gesichts, in den die Wangen von der Nase und der Oberlippe trennenden Furchen in symmetrischer Anordnung Züge von diesen Geschwulstbildungen von Hanfkorngröfse, stumpf, fest, wulstig, von rosaroter Farbe, sich berührend (oder dicht aneinander beisammen gelagert) und dabei noch einige ähnliche Gebilde in spärlicher Verteilung über die beiden Seiten der Nase

verstreut. Auf dem Kinn sind kleine Tumoren von derselben Art vorhanden, doch sind dieselben hier kleiner und nur von miliarer Gröfse. Pruritus besteht nicht."

„Auf den ursprünglichen Gebieten besteht jetzt eine violettfarbene, fleckige Verfärbung von narbiger Beschaffenheit stellenweise übers Niveau hervorragend, an andern Stellen unter dasselbe eingesunken, da an letzteren Stellen die Affektion eine regressive Metamorphose erlitten hat. Ferner bietet der Patient diverse Naevi auf der Stirn, der Kopfschwarte und auf der Basis des Nackens dar; auch existieren dabei bewegliche (fibroma) Mollusca in zwei verschiedenen Gruppierungen. Eine histologische Untersuchung wurde nicht ausgeführt. Nach viermaliger Skarifikation trat an den Gebilden der rechten Seite des Gesichts eine deutliche Rückbildung ein."

Derselbe Patient gelangte im folgenden Jahre 1888 in die Behandlung von Dr. Merklen, und es wurde ein zweites Modell seines Leidens angefertigt, da auch einige Veränderungen inzwischen eingetreten waren. Dasselbe hat die Nummer 1384 im Katalog und führt dieselbe Benennung wie früher. Ich verdanke der Güte des Herrn Dr. Merklen die folgenden Betrachtungen über diesen Fall: Die für Dr. Hallopeau und für mich angefertigten Modelle wurden nach einem Zwischenraum von 12 Monaten demselben Patienten entnommen. Dr. Hallopeau hatte die Diagnose Adenoma gestellt und hatte mit der Pincette respektive mittels Skarifikation eine gewisse Anzahl kleiner recidivierender Tumoren entfernt. Die Behandlung war durch den Austritt des Patienten aus dem Hospital unterbrochen worden, und ich konnte den Fall im Jahre darauf nur wenige Tage weiter verfolgen.

Es dürfte nicht ganz uninteressant sein, die Mitteilung einzuschieben, dafs der Kranke, wie so viele der mit ausgedehnten Nävusbildungen behafteten, mit nur beschränkter Intelligenz begabt und von unstetem Charakter war, wodurch es erklärlich wird, dafs er niemals einer regelrecht durchgeführten Hospitalsbehandlung sich unterziehen wollte. Wie dem aber auch sein mag, die Meinungsverschiedenheit zwischen Dr. Hallopeau und mir dreht sich darum, dafs der Patient sich wohl bewufst war, dafs einige kleine Stellen und Erhebungen von Anfang an bei ihm vorhanden gewesen waren und mit Bestimmtheit erklärte, dafs ihr Wachstum und ihre Vermehrung erst neueren Datums seien. Es mufste demnach einiger Zweifel an der kongenitalen Entwickelung des Leidens herrschen, doch mufs ich es wiederholen, der Patient war nicht einer von denen, deren Angaben in jeder Beziehung für unzweifelhaft und wahrheitsgetreu gelten können.

Demnach ist mein eigener Fall, so viel ich wenigstens in Erfahrung bringen konnte, der sechste dieser Art.

Wie ich schon vorhin andeutete, besteht thatsächlich keine Möglichkeit, einen solchen Fall mit irgend einer der bekannteren Affektionen zu verwechseln. Aus Gewissenhaftigkeit und sur Belehrung meiner Studenten wurde die Differentialdiagnose gegenüber folgenden Leiden besprochen: Akne, Milium, kolloide Entartung, Xanthoma, Lupus vulgaris, Lupus follicularis und Hautsyphilide; jedoch wäre es überflüssig bei dieser Gelegenheit die verschiedenen zahlreichen Unterscheidungsmerkmale aufzuzählen aufser vielleicht betreffs des kolloiden Miliums, von dem ich einen einzelnen Fall gesehen habe, und welches eine gewisse unbedeutende Ähnlichkeit mit der in Frage stehenden Affektion darzubieten scheint.

Die zuerst von Dres. Darier und Jacquet[6] später von Dr. Török unter dem Namen Syringocystadenoma[7] beschriebenen Fälle von Hydroadenoma stellen einen offenbar analogen Zustand der Schweifsdrüsen dar, und wenn die Affektion das Gesicht befällt (wie dieses an einem kürzlich von Dr. Perry in der Dermatologischen Gesellschaft vorgestellten höchst interessanten Falle, der hoffentlich in Bälde publiziert werden wird, zu beobachten war), so ist das Aussehen derselben demjenigen des Adenoma sebaceum fürs unbewaffnete Auge so ähnlich, dafs die Diagnose nur durch eine mikroskopische Untersuchung entschieden werden kann. Wenn wir die Beobachtung Dr. Balzers über die Beteiligung der Schweifsdrüsen bei seinem ersten Falle uns vergegenwärtigen, so erscheint es wohl möglich, dafs es unter Umständen vorkommen kann, dafs beides, das Talgdrüsen- und das Schweifsdrüsensystem, gleichzeitig und vielleicht sogar in gleichem Mafse affiziert werden.

Die Betrachtung der geschilderten Thatsachen berechtigt uns, wie mir scheint, folgende Schlufsfolgerungen zu ziehen:

1. Unter dem zuerst von Balzer vorgeschlagenen Namen Adenoma sebaceum lassen sich eine Anzahl von Fällen als eine bestimmte Gruppe klassifizieren.

2. Bei allen findet sich als wesentliches Charakteristikum eine Hypertrophie der Talgdrüsen.

3. Die Prädilektionsstelle des Leidens ist das Gesicht und zwar namentlich diejenigen Teile desselben, wo die Talgdrüsen normaliter am zahlreichsten vorkommen.

4. Die Affektion ist immer entweder kongenital oder in frühem Lebensalter entstanden.

5. Dieselbe erleidet oftmals beim Eintritt der Pubertät eine Verschlimmerung, oder auch die Aufmerksamkeit der Kranken wird derselben besonders zugewandt, wenn „le désir de plaire“ naturgemäfs bei den Betreffenden sich zu entwickeln anfängt.

[6] *Annales de dermat. et de syph.* 1887. No. 8. pag. 317.
[7] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889. pag. 116.

6. Die Affektion ist gelegentlich mit anderen Talgdrüsenaffektionen, für welche eine gewisse Disposition in diesem Lebensalter vorhanden ist, kompliziert, doch findet eine derartige Komplikation durchaus nicht als ein konstantes oder notwendiges Vorkommnis statt.

7. Stets ist eine gewisse, konkomittierende Gefäßshypertrophie oder Teleangiektasie vorhanden, aber der in den einzelnen Fällen zu konstatierende Grad schwankt zwischen sehr weiten Grenzen, indem dieses Symptom manchmal so wenig auffällig ist, daß es gar nicht die Aufmerksamkeit auf sich zieht, während es bei andern Fällen eine Haupteigentümlichkeit des Leidens abgibt.

8. Teleangiektasien kommen außer auf den von den Talgdrüsenaffektionen befallenen Regionen oftmals auch an andern Stellen vor, und auf diesen klinischen Typus ist die Beigabe der erklärenden Bezeichnung „teleangiektatisch" mit Recht anwendbar.

9. Andere degenerative oder „nävoide" Hautanomalien (Warzen, wirkliche Naevi, Molluscum fibrosum, Pigmentablagerungen u. s. w.) bilden eine häufige Komplikation, und die Kombination ist eine so gewöhnliche, daß man die Möglichkeit eines Abhängigseins von einer gemeinsamen Ursache nicht von der Hand weisen kann.

10. Die mit dieser Hautkrankheit behafteten Individuen scheinen in der Regel in bezug auf Intelligenz den Durchschnitt nicht zu erreichen; die bisher beschriebenen Fälle kamen alle bei Mitgliedern der geringeren Gesellschaftsklassen vor.

11. Offenbar sind weibliche Individuen häufiger befallen als männliche.

12. Die Krankheit ist eine durchaus benigne und verursacht außer in komplizierten Fällen keine subjektiven Symptome.

13. Sie hat die Neigung, bis zur Zeit der Pubertät zuzunehmen, nachher aber stehen zu bleiben; gelegentlich verschwindet sie allmählich unter Hinterlassung von seichten, atrophischen Narben, welche schließlich sich ausfüllen.

14. Die Affektion kann durch operative Eingriffe entfernt werden, jedoch kommen gelegentlich auch Recidive in loco vor.

Aus Dr. Unnas dermatologischm Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

von

P. G. Unna.

V.

Ödem.

(Schluſs.)

Man sollte denken, daſs auch die Verbindung eines entzündlichen Zustandes der Haut mit Hydrämie entzündliche Ödeme zur Folge haben müſste. Wenigstens fanden ja Cohnheim und Lichtheim und später Jankowsky, daſs bei hydrämischen Tieren solche Hautstellen ödematös wurden, die irgendwie in entzündeten Zustand versetzt waren. Ich brauche kaum zu bemerken, daſs diese Frage von groſser prinzipieller Wichtigkeit ist. Denn vor der Unmöglichkeit stehend, die nephritischen Ödeme allein durch die Hydrämie zu erklären, sahen sich bekanntlich Cohnheim und Lichtheim veranlaſst, von etwaigen, bisher allerdings unbekannten, entzündlichen Veränderungen der Haut den hier lokalisierten Hydrops bei Nierenkrankheiten abhängig zu denken. Wir haben oben eine andere Theorie für die nephritischen Ödeme aufgestellt, die auf guter physiologischer und jedenfalls auf besserer anatomischer Basis ruht und deshalb eine Erklärung derselben als entzündliche Ödeme überhaupt nicht nötig hat. Hier aber ist die Frage zu erörtern, ob denn auch in der menschlichen Pathologie Analoga zu jenen Experimenten der Cohnheimschen Schule vorkommen. Wir Dermatologen müſsten gewiſs in der Lage sein, für diese Frage ein beweiskräftiges Material herbeizuschaffen, denn entzündliche Hautkrankheiten, z. B. Ekzeme bei herabgekommenen, marantischen Individuen gehören nicht zu den Seltenheiten. Nun spricht aber unsere Erfahrung geradezu gegen einen solchen Zusammenhang. So lange derartige Individuen schlecht ernährt, blutarm und schwach sind, pflegen entzündliche Hautkrankheiten mit groſser Regelmäſsigkeit auf ein Minimum zurückzugehen und wiederum mit derselben Sicherheit durch stärkere Anschwellung sich bemerkbar zu machen, wenn es gelingt, durch bessere Ernährung die Cirkulation zu heben und den Gehalt des

Blutes an roten Blutkörperchen zu steigern. Ebenso findet man in dem letzten Stadium der Phthisiker und Karcinomatösen sehr häufig alte chronische Unterschenkelekzeme eingesunken nnd eingetrocknet, selbst wenn an den Knöcheln ein leichtes Ödem vorhanden ist.

Dieser bedeutsame Widerspruch erklärt sich offenbar dadurch, dafs in jenen Tierexperimenten eine hydrämische Plethora vorlag, während in den angezogenen Fällen der Praxis eine einfache Hydrämie, eine einfache Verminderung der festen Bestandteile des Blutes vorliegt, ja aufser der relativen Verminderung dieser auch meistens noch eine absolute Abnahme des Gesamtblutes statthat. Eine solche führt aber stets zu einer allgemeinen, akkomodativen Verkürzung des ganzen Gefäfsbaumes der Haut, wie wir bei Besprechung der Anämien gesehen haben. Ohne also im mindesten die Möglichkeit bestreiten zu wollen, dafs bei einem hydrämischen Plethoriker einmal ausnahmsweise der Fall von hydrämisch-entzündlichem Ödem, wie in COHNHEIMS Experimenten, vorkommen könne, müssen wir die Hydrämie auch für das entzündliche Ödem der Haut als eine im allgemeinen bedeutungslose Komplikation erklären. Jedenfalls kommt sie gegenüber den Faktoren des Druckes und der Schwere nicht in Betracht.

Dermatologischerseits würde man einer anderen Konstitutionsanomalie eher geneigt sein, einen Einflufs auf das Entstehen ödematöser Dermatitiden zuzuschreiben, dem sogenannten skrofulösen Habitus der älteren Ärzte. Bei gewissen jugendlichen Individuen finden wir nicht blofs Schwellungen scheinbar spontaner Natur des Hypoderms, besonders an den unteren Augenlidern, dem Halse, der Umgebung der Kiefer- und Nackendrüsen, nebst Anschwellungen dieser Drüsen selbst, dabei eine bleiche, gedunsene, etwas wachsartig durchscheinende Haut des Gesichts, sondern auch wirklich, wie die Hydrämie-Experimente es verlangen, ein komplizierendes Ödem aller zufälligen entzündlichen Läsionen und in Heilung begriffener Substanzverluste. Solche Individuen nennt man skrofulös, und viele Ärzte verbinden mit dieser Bezeichnung noch immer die Idee einer besonderen Diathese, welche die Neigung zu käsigen, tuberkulösen Prozessen mit sich bringt. Seitdem durch KOCHS Entdeckung der alte Streit um das Verhältnis von Tuberkulose und Skrofulose zu Grabe getragen ist, dürfen wir diese beiden Begriffe nur noch als identisch betrachten, denn alle skrofulösen Produkte sind wirklich tuberkulös. Um aber jene Neigung, jene Diathese der Gewebe zu retten, welche dem Tuberkelbacillus erst in vielen Fällen den Boden bereiten soll, bezeichnet man diesen Zustand der Gewebe, speziell der Haut, mit lymphatischer Konstitution, Lymphatismus (LELOIR). Ich habe seit langer Zeit diesem Punkte meine spezielle Aufmerksamkeit geschenkt, kann jedoch den Lymphatismus ebensowenig als neben der Tuberkulose

bestehend zugeben, wie früher die Skrofulose. Bei solchen Individuen, bei denen der Lymphatismus zweifellos ausgesprochen ist und allen Hautaffektionen ein eigentümlich blasses, venöses, gedunsenes Aussehen und einen sehr schleppenden Verlauf verleiht, habe ich stets derartige Haut- oder Schleimhautleiden nachweisen können, welchen ich bereits einen echten tuberkulösen Charakter vindizieren muſs, wenn auch der Nachweis des Tuberkelbacillus bei denselben noch nicht geführt ist. Ich werde an anderer Stelle ausführlich auf diese leichten, primären, tuberkulösen Affektionen zurückkommen. Nach meiner Auffassung ist daher der Lymphatismus nicht eine komplizierende Diathese, sondern selbst bereits der Ausdruck einer leichten Intoxikation, und die begleitenden Ödeme sind nach meiner Auffassung toxische Ödeme, ähnlich den oben besprochenen kachektischen Ödeme der Phthise im letzten Stadium. Ekzeme dieser lymphatischen Individuen tragen nun wirklich einen ganz eigentümlichen, ödematösen Habitus, zeigen keine Bläschenentwickelung, sondern sofortigen Übergang zum Ekzema rubrum, starkes Nässen, bedeutende Schwellung des Hypoderms und der nächstgelegenen Lymphdrüsen, dagegen Abwesenheit des Juckens und bedeutenderer Epithelproliferation. Liegt hier nun die Komplikation eines „gewöhnlichen" Ekzems mit tuberkulösem Lymphatismus vor, oder ein spezifisch „tuberkulöses Ekzem" eigener Art, so selbständig wie etwa das seborrhoische? Leloir, und gewiſs viele andere Autoren mit ihm, glauben das erstere, ich muſs vorderhand das letztere annehmen, da ich — wie oben bereits bemerkt — an ein „gewöhnliches" Ekzem ohne speziellen Typus überhaupt nicht glaube.

Blicken wir jetzt zurück, so erscheint das entzündliche Ödem als der Ausdruck einer entzündlichen Reizung der Haut, zu welcher entweder eine besonders starke arterielle Lähmung oder irgend ein Hindernis im venösen Abfluſs hinzutritt. Den ersteren Umstand finden wir bei den traumatischen Dermatitiden, die durch chemische Einflüsse, durch Verbrennung und Erfrierung, durch Medikamente innerlich und äuſserlich hervorgerufen sind. Nur bei den medikamentösen Dermatitiden erscheint es möglich, da es sich hier oft nur um Minimalreize handelt, daſs neben der lähmenden Wirkung auf den Arteriotonus oder statt desselben eine reizende auf den Venotonus anzuschuldigen ist (Morphiumödem). Es sind dieses Fälle, welche den Übergang zu den einfachen Arzneierythemen vermitteln.

Hindernisse im venösen Abflusse fanden wir anderseits als eine ungemein häufige Veranlassung zur Entstehung entzündlicher Ödeme bei schon bestehenden Entzündungen trockener Art. Druck und Einschnürung von auſsen und die Schwere bilden die gewöhnlichen Stauungsursachen.

Die nach Hunter, Roser, Zimmermann durch Verdrängung entstandene Form des kollateralen Ödems ist natürlich ebenfalls ein entzündliches, eiweißreiches, während die entfernter ausstrahlenden, durch Rückstauung entstandenen kollateralen Ödeme eiweißarme, mechanische sind.

Endlich ist noch daran zu erinnern, daß eine Reihe von Hautkrankheiten ohne weitere Komplikation schon den Charakter des entzündlichen Ödems an sich trägt. Die multiformen und knotigen Erytheme schließen sich einerseits an die Urticariaformen, anderseits an die echten Entzündungen an. Daß bei dem typischen Erythema papulatum multiforme Hebra (Iris, circinatum) der Vorderarme ein venöser Spasmus konkurriert, ganz analog dem bei der Urticaria, lehrt schon die Art und der Verlauf der dabei auftretenden Cutisschwellung. Sicherer konnte ich diese Analogie noch dadurch nachweisen, daß sich diese Papeln ebenfalls, wenn auch nicht so vollständig, unterhalb der elastischen Abbindung involvieren, was bei echten einfachen Entzündungen selbstverständlich nicht der Fall ist. Anderseits aber ist nicht zu verkennen, daß nach Beseitigung des nervösen Ödems an den befallenen Hautstellen ein entzündliches Knötchen zurückbleibt, und hierin unterscheidet sich die Papel-Quaddel des multiformen Erythems von der einfachen Quaddel der Urticaria. Offenbar ist der infektiöse Keim des Erythems nicht nur imstande, eine leichte, wahre Entzündung zu erzeugen, sondern er steigert den sichtbaren Effekt dieser Entzündung durch einen gleichzeitig auftretenden venösen Spasmus. Das hierdurch erzeugte Ödem kann aber nicht die entzündlich erweiterten Gefäße — wie bei der Urticaria die gesunden — bis zur vollkommenen Weiße der Haut komprimieren; es kommt nur zu einer blaurötlichen „entzündlichen Stauungshyperämie." Das entzündliche Ödem im Gegensatz zum nervösen Stauungödem überwiegt noch mehr bei dem eigentlichen Erythema nodosum, welches mit den oberflächlichen Formen des multiformen Erythems durch viele Übergänge verbunden ist.

Daß auch die Frostbeulen unter Umständen ein entzündliches Ödem vorstellen, hervorgegangen aus einer entzündlichen Hyperämie mit gleichzeitiger Stauung, erscheint nach dem früher darüber Vorgetragenen ganz natürlich. Wir werden diese Auffassung derselben immer dort gerechtfertigt finden, wo die Kälteeinwirkung über die Wallungshyperämie hinaus an einzelnen Stellen zu einer wirklichen Gefäßläsion geführt hat und zu dieser sich dann die Wirkung des gesteigerten Venentonus addiert.

Die Ödemflüssigkeit repräsentiert, wie sie auch entstanden sein mag, stets einen Rest, praeter propter: die Differenz zwischen Arterien- und Venenblut. Diese Definition gilt sogar gleichmäßig für das ent-

zündliche und das mechanische Ödem. Damit ist aber auch gesagt, dafs die Ödemflüssigkeit und die unter physiologischen Verhältnissen produzierte Lymphe in letzter Instanz identisch sind; denn auch diese ist die Restsumme des Arterienblutes nach Abzug des Venenblutes.[3] Von Ödem sprechen wir nur dann, wenn dieser Rest sehr grofs ist, und er ist für die Haut schon sehr grofs, wenn er längere Zeit hindurch in den Lymphstämmen einen konstant fliefsenden Strom unterhält, denn ein solcher existiert physiologisch nicht.

Diese durchaus sicher fundierten Schlüsse führen zu einer Auffassung des Ödems, welche von der hergebrachten abweicht und viel einfacher ist. Man hat auf der einen Seite wohl gewufst, dafs die mannigfaltigsten Hindernisse auf der Lymphbahn kein Ödem herbeiführen, auf der anderen Seite sich aber doch nicht von der Idee ganz frei machen können, dafs die Stärke und Ausdehnung des Ödems von Hindernissen des Lymphabflusses abhängig und solchen proportional sei, und man suchte dieselben von den Wandungen der Hautlymphgefäfse an bis zu den Lymphdrüsen und der Vena subclavia. Nach unserer Ansicht ist aber schon in der Haut selbst und zwar an der Venenwand die Frage entschieden, ob der physiologische, trockene oder der pathologische Zustand des Ödems eintreten müsse. Ein abnormes Hindernis an der Venenwand produziert sofort Ödeme, ihm ist das Ödem auch direkt proportional, sei es nun fern vom rechten Herzen her fortgepflanzt oder liege es in der Venenwand selbst, seien anderseits die Lymphgefäfse der Haut verstopft oder frei. Die Thatsache allein, dafs eine längere Zeit der normale Rückstrom in die Venen gehemmt ist, bildet den ausreichenden Grund zu einer Stauung des Hautwassers zuerst um die Venen selbst, dann in allen Lymphwegen.

Diese Stauung macht sich auf zwei Weisen bemerklich, nämlich plötzlich oder schleichend. Wenn ein abnormer nervöser Impuls den Venentonus höher steigert als den arteriellen, wie bei der Urticaria, dann tritt das Hindernis an der Venenwand plötzlich ein. Im ganzen Kapillargebiet des betreffenden Gefäfskegels kommt es zu einer ödematösen Schwellung, die in keiner Weise dadurch abnimmt, dafs alle vorhandenen Lymphgefäfse frei sind, da in demselben Mafse ja neue Mengen Hautwasser nachfiltrieren. Es kommt zu einer prall elastischen Anschwellung, die von der Umgebung scharf abgesetzt ist, da diese in ihren normal weiten Lymphspalten den kollateralen Abflufs nur schwierig gestattet. Ein äufserer Druck auf eine solche Quaddel begegnet einem starken elastischen Widerstande, da die Flüssigkeit zwischen normalfestem Gewebe und Venenwand eingeklemmt ist, und es gelingt nicht, dieselbe in

[3] Vom Stoffwechsel des Gewebes wird hierbei abgesehen.

die Umgebung zu pressen, fortzumassieren. Ich habe diese Art des Ödems daher elastisches Ödem genannt. Es findet sich nicht nur bei der Urticaria, sondern bei allen rasch entstandenen Ödemen, auch bei einem akut aufgetretenen entzündlichen Ödem und dem Verdrängungsödem in dessen nächster Umgebung. Bei dem elastischen Ödem ist die normale Gewebsspannung, der Druck im Gewebe nicht bloſs erhalten, sondern stets beträchtlich vermehrt. Es kommt leicht zu einer Ischämie dieser Teile, und selbst zur centralen Nekrose (Urticaria necrotica, Nekrose entzündlich ödematöser Partien). Da das elastische Ödem überall von normal fester Haut umgeben ist, so verharrt es am Orte und senkt sich nicht der Schwere nach.

Jedes länger bestehende Ödem, sei es nun plötzlich aufgetreten (rheumatisches Ödem), oder habe es sich schleichend entwickelt (nephritisches Ödem), führt allmählich zu einer Lockerung des Hautgefüges. Die straffe Umspinnung der kollagenen Bündel durch elastische Fasernetze und Ranken gibt nach, die einzelnen Bündel werden von klaffenden, lympherfüllten Spalten umgeben und getrennt; an Stelle des normalen verschieden gerichteten Gewebsdruckes setzt sich allmählich der alles nivellierende, durch die Kommunikation der erweiterten Lymphspalten nach allen Richtungen gleichmäſsig verbreitete Flüssigkeitsdruck. Jetzt fühlt der Finger nicht mehr einen elastischen Widerstand, denn sein Druck läſst das Ödem an Ort und Stelle sofort verschwinden, nach der Seite entweichen. Und da dieser Druck durch die Flüssigkeit weithin auf eine groſse Fläche übertragen wird, kommt ein Gegendruck gar nicht zur Geltung. Die Haut läſst sich vielmehr wie ein Thonkloſs eindrücken und kneten, das Ödem ist ein „plastisches" geworden. Die tiefe Delle, die der drückende Finger an einem chronisch ödematösen Bein hinterläſst, gleicht sich nur langsam wieder aus, im Maſse als die verdrängte Flüssigkeit sich teils aus den Gefäſsen der Stelle, teils aus der unelastisch gewordenen Umgebung wieder ersetzt. An der Zeit, welche der Ausgleich braucht, kann man den Schwund der Hautelastizität abschätzen. Im Gegensatz zum elastischen Ödem wirkt auf das plastische auch die Schwere ein; bei längerem Bestande sammelt sich das „Wasser" bei aufrechter Stellung an den Beinen, bei liegender am Rücken an und ändert seine Lage mit der Lage des Körpers vermöge der allseitigen Kommunikation der erweiterten Lymphspalten. Umgekehrt aber hat auch der äuſsere Druck eine groſse Macht über das plastische, eine viel gröſsere als über das elastische. Es gelingt nur unter Aufwendung bedeutender Kraft, eine Urticariaquaddel fortzudrücken, und beim Nachlaſs des Druckes steht sie sofort und womöglich noch praller gespannt wieder da. Es ist aber nur eine sehr geringe Kompression nötig, um ein plastisches Ödem von einer Hautstelle fern zu halten. Wir können z. B. mit Leichtigkeit

durch eine einzige elastische Einbindung in wenigen Minuten die aufs höchste gespannte ödematöse Vorhaut bei Paraphimose auf längere Zeit hinaus ödemfrei machen. Das filariöse Ödem beginnt bei Leuten, welche festes Schuhwerk tragen, erst am Unterschenkel, und ebenso grenzt sich bei diesen später die Gewebeverdickung der Elephantiasis ab. Strumpfbänder, Bruchbänder, Leibgurte bedingen bei allgemeinem Anasarka tiefe Furchen und Gruben, die sich auch beim Fortlassen der Bandagen nicht sofort ausfüllen, weil ihre Elastizität nicht so gelitten hat, wie die der übrigen Haut. In hochgradigen Fällen von Hydrops kommt es durch Überdehnung sogar zum Auftreten von sogenannten falschen Narben, von Striae, welche denselben Bau wie die der Gravidität zeigen.

Es ist selbstverständlich, dafs, wenn schon ein mäfsiger äufserer Druck in wirksamer Weise den originären Gewebedruck ersetzen kann, die topographischen und sehr bedeutenden Unterschiede des Gewebedruckes in der Haut sich in der geringeren oder gröfseren Resistenz dem Ödem gegenüber dokumentieren werden. Im allgemeinen sind es denn auch stets Gegenden geringster Spannung, d. h. solche, an welchen die Haut beim Einschnitt am wenigsten klafft und die sich zugleich wegen Mangel der bindegewebigen Adhäsionen und Fettgewebe am leichtesten über ihrer Unterlage verschieben lassen, welche bei allgemeinem Anasarka zuerst schwellen: die Augenlider, Vorhaut und die Haut um alle freier liegenden Gelenke, wobei die Fufsknöchelgegend wegen ihrer tiefen Lage noch vor den übrigen bevorzugt ist.

Bei dünner Cutis und sehr hochgradigem Ödem kommt es schliefslich zu Ausbuchtungen des Epithels, welche platzen und fortgesetzt Lymphe aussickern lassen (Lymphscrotum der Filariösen). Bei pachydermatisch verdickter Haut und verdicktem Epithel kann der Druck des Ödems, wenn nicht rechtzeitig Entspannungsschnitte gemacht werden, Nekrose der am stärksten exponierten Stellen verursachen.

Die sekretorischen Funktionen der Haut pflegen bei allen mechanischen Ödemen darnieder zu liegen; die trockene, fettlose, glanzlose, leicht abschilfernde Hautoberfläche steht in eigentümlichem Kontrast mit dem Flüssigkeitsreichtum der Cutis.

Die Regenerationsvorgänge dagegen verhalten sich sehr verschieden. Bei den einfachen Stauungsödemen der Herzkranken, der Nephritiker, zeigen sich auch bei längerem Bestande hauptsächlich nur Erscheinungen der Druckatrophie: Verdünnung der Oberhaut, Verminderung des elastischen Gewebes und der Muskulatur, Verkleinerung der Follikel und Haarausfall, Schwund des Hautfettes, Erweiterung der Venen und Lymphgefäfse mit Verdünnung der Wand. Aus diesem Grunde scheinen mir die allbekannten hyperplastischen Vorgänge der Elephantiasis nostras und filariosa, wie die nach langdauernden, artificiellen, entzündlichen Ödemen

nicht sowohl Folgen des Ödems selbst, als der begleitenden und vorausgehenden entzündlichen Prozesse (Erysipelas, Filariose, Ekzem, Dermatitis artificialis) zu sein. Im Verlaufe derselben schwillt die Haut oft auf das 4—6fache, ja 10fache, das kollagene Netzwerk nimmt erstaunliche Dimensionen an, die Oberhaut der Oberfläche und der Follikel beteiligt sich durch Bildung tiefer Einsenkungen und warzenartiger Exkrescenzen an den progressiven Vorgängen, die Blut- und Lymphgefäfse wachsen nicht nur in der Dicke, sondern, wie ihre Schlängelung beweist, auch in der Länge, und bis in die geschwollenen Drüsen setzt sich der hyperplastische Prozefs fort. Nur infektiöse Ursachen halte ich solcher Wirkungen für fähig, das einfache mechanische Ödem verbindet sich wie die venöse Stauung mit regressiven Veränderungen des Gewebes.

Für das Hydroxylamin in der Dermatotherapie.

Von

Dr. P. J. Eichhoff,
Oberarzt der dermatologischen und syphilidologischen Abteilung der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

(Entgegnung auf den Dr. Groddeckschen Artikel in No. 4 des X. Bandes dieser Zeitschrift.)

In No. 4 des X. Bandes dieser Fachschrift erschien aus „Prof. Schweningers Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Berlin“ ein Artikel „Über das Hydroxylamin und seine Verwendung in der Therapie der Hautkrankheiten“, auf den wir nur im Interesse der guten Sache einige entgegnende Bemerkungen machen zu müssen glauben. Der Verfasser, Dr. Georg Groddeck, wendet sich in seinem Streitartikel gegen drei Arbeiten über das Hydroxylamin und seine günstigen Erfolge bei gewissen Dermatosen, von denen zwei von mir, in Band VIII dieser Zeitschrift des Jahres 1889. pag. 12, und in *Dermatologische Studien*. II. Reihe 1. Heft, die andere, aus der Bonner Universitätsklinik stammende, von Dr. Fabry im *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*. 1889 mitgeteilt wurden. Mittlerweile ist noch eine andere Schrift im Jahre 1889 über das Hydroxylamin, und zwar eine gleich günstige, wie diejenige

FABRYS und die meinigen, aus dem Kgl. JULIUS-Hospital in Würzburg, eine Inaugural-Dissertation von S. KANTOROWICZ unter des Privatdozenten Dr. SEIFERTS Leitung[1] erschienen.

Mir persönlich wurde außerdem von vielen Dermatologen manche Bestätigung der Wirksamkeit des Hydroxylamins bei den Leiden der Haut, für welche ich es empfohlen hatte, mündlich und schriftlich zu teil; ein sehr bedeutender Fachkollege teilte mir sogar einen günstigen Erfolg mit, den er durch lokale Behandlung mit Hydroxylamin bei Lepraknoten erzielt habe.

Doch nun zur Sache.

In meiner oben angegebenen Veröffentlichung berichtete ich über den günstigen Erfolg, den ich mit dem Hydroxylamin bei fünf Fällen von Lupus, fünf von Mycosis tonsurans und einem von Sycosis parasitaria faciei erzielt, und empfahl deswegen und wegen seiner stark reduzierenden Eigenschaften das neue Präparat gegen die verschiedenen mykotischen und bakteriellen Krankheiten der Haut.

Wegen der stark toxischen Eigenschaften des Mittels wählte ich absichtlich, wie auch hervorgehoben ist, eine sehr schwache (1‰) Lösung in Spiritus und Glycerin; denn ich war der erste, welcher in praxi das Mittel versuchte, wenigstens war vor mir noch von niemandem über das Hydroxylamin in der Dermatotherapie geschrieben worden. Ich mußte daher vorsichtig sein.

Trotz der großen Verdünnung des Mittels hatte ich Reizerscheinungen zu verzeichnen, besonders wenn es unter Guttaperchapapierverband angewandt wurde, aber der schließliche Erfolg war ein zufriedenstellender.

Bei Gelegenheit einer anderen Arbeit „über medizinische Seifen" (*Dermatol. Studien.* II. Reihe. 1. Heft) kam ich wiederum auf die günstigen Wirkungen des Hydroxylamins zurück, weil ich eine 3%ige, sehr wirksame Hydroxylaminseife hatte zusammensetzen lassen. Durch die mittlerweile gesammelten Erfahrungen über die Toxicität des Mittels war ich etwas kühner geworden, nachdem ich 1—2%ige Salben (auf kleinen Hautstrecken) hatte ohne Schaden anwenden können. Ein Psoriasisfall, bei dem ich wegen der Ausdehnung der Krankheit auch Kontrollversuche machen konnte, ein Ekzema seborrhoicum, ein Herpes tonsurans und vier Fälle von Sycosis parasitaria wurden durch Hydroxylaminseife geheilt; die schweren Fälle aber nur unter Guttaperchaverband.

Soweit über meine Artikel und meine Erfolge.

In der Januarsitzung der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde sprach DOUTRELEPONT über günstige Erfolge mit Hydroxylamin bei 23 Psoriasiskranken, und FABRY bringt im *Archiv f. Derma-*

[1] s. Ref. in voriger Nummer dieser Zeitschrift, pag. 193.

tologie u. Syphilis. 1889. 2. Heft einen eingehenden Bericht über die Wirksamkeit des Hydroxylamins, wie sie auf der Bonner Klinik beobachtet wurde.

In der Dissertation von KANTOROWICZ wird über fünf rasche Heilungen von Pityriasis versicolor und eine von Herpes tonsurans resp. Ekzema marginatum durch Hydroxylamin, wie sie auf der Dr. SEIFERTschen Abteilung im Kgl. JULIUS-Hospital in Würzburg beobachtet wurden, berichtet.

Auch auf dem internationalen Dermatologenkongreſs zu Paris 1889 hielt Prof. MANASSEI einen Vortrag über das Hydroxylamin. Darüber kann ich aber nichts Genaueres berichten.

Gegen alle diese günstigen Beobachtungen kommt nun auf einmal ein Artikel „aus der Universitätsklinik des Prof. SCHWENINGER zu Berlin“ von Herrn Dr. GEORG GRODDECK, welcher 23 Fälle der „verschiedensten“ Hautkrankheiten auf jener Klinik mit Hydroxylamin behandelt hat und sich nun nicht nur wundert, daſs das Mittel nicht überall geholfen hat, sondern daraufhin sich berechtigt glaubt, alle älteren, früheren und günstigen Beobachtungen als irrtümlich hinzustellen. (*Monatsh. f. prakt. Dermatologie*. Bd. X. 1890. Heft 4.)

Sehen wir uns die Fälle GRODDECKS einmal näher an, ebenso wie sein Heilverfahren und die Art und Weise seiner magisterhaften Belehrungsmethode.

Er brauchte ³/₄‰—1½% spirituöse Lösungen und Salben von Hydroxylamin.

Zuerst waren es vier Scabiesfälle, welche er längere Zeit mit Lösungen von ³/₄—1‰ Hydroxylamin erfolglos behandelte. Der böse Sarcoptes kümmerte sich gar nicht darum, sondern grub lustig seine Gänge weiter.

Kein Wunder, es ist auch noch keinem denkenden Dermatologen eingefallen, eine Scabies mit Hydroxylamin zu behandeln, am wenigsten mit einer solchen Lösung. Herr GRODDECK hätte mit demselben Recht oder Unrecht Versuche mit Hydroxylamin zur Heilung von Knochenbrüchen anstellen können.

Ein Fall von Pityriasis versicolor trotzte auch einer 1‰ spirituösen Lösung. Darauf habe ich zu erwidern, daſs ich selbst zwar die Pityriasis versicolor nicht mit Hydroxylamin behandelt habe, daſs aber KANTOROWICZ in 5 Fällen auf der SEIFERTschen Abteilung im Juliushospital zu Würzburg sehr gute Resultate mit derselben 1‰ Lösung bei Pityriasis versicolor erzielte. Das Berliner Mikrosporon furfur scheint demnach hartnäckigerer Natur zu sein, als das Würzburger.

Der negative Erfolg bei einem Lupus erythematodes nach einer 1%

Lösung nimmt mich auch nicht wunder. Mir wäre es auch niemals eingefallen, Lupus erythematodes mit Hydroxylamin zu behandeln, wenigstens könnte ich mir vorläufig keine Indikation dafür bei dieser Dermatose denken.

Der ebenfalls vom Hydroxylamin nicht beeinflufste, später aber durch Anwendung von Thiol gebesserte Fall von Pityriasis rubra beunruhigt mich nicht eher, als bis Herr GRODDECK mir klar nachgewiesen hat, was er unter Pityriasis rubra eigentlich versteht.

Ein Ekzema seborrhoicum wollte Herrn GRODDECK nicht auf eine 0,2% Hydroxylaminsalbe heilen. Der Grund dafür ist auch nicht schwer einzusehen. Er hätte einfach eine 5—10 mal stärkere Salbe nehmen müssen, wenn er überhaupt von Salben Heilung erhofft. Herr GRODDECK aber scheint nicht zu wissen, dafs alle Medikamente in Salbenform weit schwächer wirken, als in wässeriger oder spirituöser Lösung, — also auch das Hydroxylamin. Er hätte nur meine erste Arbeit etwas intensiver durchlesen können, da steht das auch schon vermerkt.

Zwei Fälle von „Mycosis circinata AUSPITZ (Pityriasis rosée GIBERT)", worunter hoffentlich dasjenige Leiden verstanden ist, was die gewöhnlichen Sterblichen Mycosis oder Herpes tonsurans nennen, gingen in bezug auf ihr Verhalten dem Hydroxylamin gegenüber diametral auseinander, einer wich der 2‰ spirituösen Verdünnung des Mittels nicht, der andere heilte nach einer 2‰ Salbe. Sonderbar; nach GRODDECKs Glauben war das aber vielleicht eine „Naturheilung". Ob in beiden Fällen Trichophyton gefunden, davon hören wir nichts. Der Name Pityriasis rosée GIBERT klingt höchst „verdächtig"; sit venia verbo.

Doch weiter. Eine Seborrhoea capitis heilte in ca. 3 Wochen nach Anwendung einer 1‰ Hydroxylaminsalbe.

Das ist mir äufserst angenehm; aber wer in aller Welt wird denn eine einfache Seborrhöe mit Hydroxylamin behandeln, trotz des positiven Resultates, das Sie damit erzielten?

Nun kommt der Schlufs der GRODDECKschen Versuche, und das ist das Schönste vom ganzen. Es sind 12 mit Hydroxylamin behandelte Psoriasisfälle. Davon heilten 2 gar nicht, 2 andere sind wieder „Naturheilungen" (was ist das eigentlich, Herr GRODDECK?), und die übrigen 8 Psoriasisfälle wurden durch Hydroxylamin geheilt.

Damit ist die Reihe geschlossen.

Betrachten wir nun das wirkliche Ergebnis dieser von GRODDECK ausgeführten Versuche, so finden wir zunächst, dafs diese Experimente unternommen wurden, ohne sich immer klar zu machen, ob auch eine Indikation für den Gebrauch des Mittels in Wirklichkeit vorliege. Sodann ist das wundervolle Ergebnis der Versuche dies: In allen Fällen, für die wir das Hydroxylamin empfahlen, hat es auch auf

der Berliner Klinik gewirkt (Psoriasis und Herpes tonsurans), und in den Fällen hat es im Stich gelassen, für die wir es niemals empfohlen haben und empfehlen würden (Scabies, Lupus erythematodes, Pityriasis rubra etc.).

Zum Lohne für diese Übereinstimmung in unseren Untersuchungen fängt nun Herr GRODDECK an zu kritisieren und zu lehrmeistern. Erst komme ich an die Reihe, dann FABRY.

Was mich anbetrifft, so wird mir erstens vorgeworfen, daſs ich so schwache Lösungen (1‰) angewandt habe. Das war bei der groſsen Toxicität des Mittels, wo ich, wie schon gesagt, der erste war, der es überhaupt praktisch gebrauchte, doch nicht mehr als Recht und Pflicht; und daſs ich mit diesen dünnen Lösungen trotzdem Erfolge erzielte, lag wohl nur in der Art der Anwendung meinerseits mit Guttaperchapapierverband, den ich Herrn GRODDECK überhaupt nicht dringend genug empfehlen kann.

Wegen Mangel an Material konnte Herr GRODDECK meine geheilten resp. gebesserten 5 Lupusfälle nicht kontrollieren, deshalb „muſs" er sie glauben. Ich bin ihm äuſserst dankbar für dies Vertrauen und werde ihm vorkommenden Falls mit gleichem Glauben und Zutrauen dienen.

Meine 5 Fälle von Herpes tonsurans capillitii und die Sycosis parasitaria sind nach GRODDECKS Ansicht wohl mehr durch die Seifenwaschungen und den Spiritus geheilt, als durch das Hydroxylamin, vielleicht waren sie auch „Naturheilungen". Beweis dafür: die Phantasie GRODDECKS! Weiter nichts. Das genügt ihm aber vollständig, um meine Versuche niedriger zu hängen.

Noch ein schwerer Vorwurf wird mir zuteil, das ist das Unterlassen von Kontrollversuchen mit anderen Medikamenten an demselben Falle. Nun ist das ja schön und gut, wenn man es für nötig und ausführbar hält, diese Kontrollversuche zugleich an demselben Patienten anzustellen, und wo es ging, habe ich es auch gethan, wie bei meinem mit der 3% Hydroxylaminseife behandelten Psoriasiskranken. Bei den anderen Fällen, die alle sehr beschränkt lokalisiert waren, ging das einfach nicht, wegen Mangel an Raum auf dem Versuchsfeld.

Zudem habe ich diese Kontrollversuche auch nicht so nötig, Herr GRODDECK! Ich weiſs, wie im allgemeinen Chrysarobin und Pyrogallussäure auf Psoriasis, wie Sublimat, Jodoform, Salicyl-Kreosot auf Lupus wirken etc., so daſs ich es nicht für erforderlich erachtete, diese Vergleiche anzustellen; es kam mir auch in erster Linie nur darauf an, nachzuweisen, daſs das Hydroxylamin überhaupt wirke, und das habe ich und meine anderen Kollegen in überzeugender Weise dargethan. Die Illusionen, wenn sie auch negativer Natur sind, sind daher auf

seiten GRODDECKS. Vielleicht finden wir zum Schlufs auch hierfür einen Grund.

Ferner gewinnt Herr GRODDECK im Verlaufe seiner „Arbeit“ den Eindruck, als wenn ich mit der Zeit selbst von meiner „Freude“ an den schwachen Lösungen zurückgekommen sei, da ich später in meiner Seifenarbeit schon das Mittel in 2% Form und als 3% Seife empfehle. Nein, Herr GRODDECK, ich gestatte mir noch immer die schwachen Lösungen; aber nicht zur Freude, sondern aus Vorsicht, weil das Mittel in dieser Form leicht resorbiert wird und schädlich werden kann, und weil es auch in schwachen Lösungen wirkt, wenn man es nur richtig anzuwenden versteht und nicht immer einfach aufpinselt, wie Sie. Doch brauche ich es auch in 2% Stärke; und wenn Sie meine Seifenarbeit auch etwas genauer durchgelesen und verarbeitet hätten, so hättten Sie sehen können und müssen, dafs diese Form die Salbenform war, in der, wie ich Ihnen schon oben mitteilte, alle Medikamente schwächer wirken, weil sie eben nicht so tief in die Haut eindringen, wie als Lösungen unter Guttaperchapapier. Was die 3% Seife anbelangt, so erlaube ich mir, Ihnen die Erklärung zu geben, dafs bei Gebrauch einer medizinischen Seife das dazu nötige Wasser eine sehr starke Verdünung des Medikaments herbeiführt.

Die Hydroxylaminseife scheint Herrn GRODDECK überhaupt schwer verdaulich zu sein. Er sagt: Ein Kollege habe ihm neulich erzählt, dafs er einem psoriasiskranken Regierungsrat zwei Seifen, eine Teerseife und eine Hydroxylaminseife gegeben habe, um sie gleichzeitig für je eine Körperhälfte zu gebrauchen (übrigens sehr leichtsinnig von dem Kollegen). Nach 12 Tagen sei der Kranke mit ganz braunem Körper wiedergekommen und habe gesagt, dafs er vom 3. Tage ab allein die Teerseife für den ganzen Körper benutzt habe, weil „das andere Zeug“ nichts tauge. — „Nun, das spricht für sich selber“, sagt GRODEECK mit dem Brusttone der Überzeugung. Allerdings spricht diese Beweisführung — über eine wissenschaftliche Frage — nach dem unmotivierten Urteil eines kranken Laien für sich selber, Herr GROLDECK!

Auf GRODDECKS Zweifel an dem Reduktionsvermögen des Hydroxylamins empfehle ich ihm BINZS Arbeit: Toxikologisches über das Hydroxylamin (*Virchows Archiv*. Bd. 113) zu lesen, aber aufmerksam.

Nun kommen wir zum Schlufs des ganzen GRODDECKschen Raissonements. „Der Zopf des Arzneiglaubens, den wir von unseren Vätern ererbt haben, sollte doch endlich einmal ausgerissen werden“ etc. Die wirklich Grofsen unter den Ärzten für „innere Krankheiten haben sich längst von jenen Illusionen befreit“ etc.; so gehts lustig und munter weiter, und das Ende vom Liede ist: Weg mit den Medikamenten, die Hautkrankheiten müssen mit diätetischen (SCHWENINGER-) Kuren behandelt werden,

wenigstens beruft sich GRODDECK auf seines Lehrers SCHWENINGER Aufsatz „Über die diätetische Behandlung der Ekzeme", und gibt sich der Hoffnung hin, in der allgemeinen Dermatotherapie diese diätetischen Prinzipien bald eingeführt zu sehen, „eine Aufgabe, des Schweifses der Edlen wert."

Aber was noch das Hydroxylamin betrifft, so wirkt es nicht so gut wie andere Mittel, daher ist es überflüssig, und was überflüssig ist, ist schädlich! Also weg damit; bleiben wir beim Alten, nichts Neues, nur diätetische Kuren, das ist allein die Zukunft der Dermatologie.

Doch wehmütig meint GRODDECK selbst, dafs wir von diesem „Ideale" noch wohl weit entfernt seien, und es würde wohl mancher unter seinen Lesern sein, . der nur ein „mitleidiges Achselzucken für den jugendlichen Schwärmer" habe, der mit so abstrakten Ideen herumwerfe, als wären es Steine zu Cyklopenmauern.

Wenn wir nun auch nicht gerade dieses gefürchtete mitleidige Achselzucken für den jugendlichen Schwärmer haben wollen, sondern im Gegenteil oft seinen Mut bewundern mufsten, so möchten wir ihm doch den wohlgemeinten väterlichen Rat erteilen, in Zukunft mit der Beurteilung anderer Leute Erfahrungen etwas vorsichtiger zu sein. Daneben kann er ja meinetwegen seiner eigenen weitschweifenden Phantasie den nötigen freien Lauf lassen.

Die papillomatöse Schleimhautentzündung der Harnröhre (Urethritis papillomatosa).

Von

Dr. OBERLÄNDER
in Dresden.

Das Nachstehende bildet eine Ergänzung zu meinem in No. 14, Jahrhang 1888 der *Monatsh. f. prakt. Dermat.* enthaltenen Aufsatze. Einigemale habe ich auch auf den Inhalt desselben Bezug genommen.

Allgemeines: Die Existenz von bemerkenswerten geschwulstähnlichen Wucherungen auf der Harnröhrenschleimhaut wurde schon durch die Endoskopie mit reflektiertem Lichte vor langer Zeit festgestellt. Mit jener für diese Zwecke nicht genügend leistungsfähigen Untersuchungs-

methode gelang es jedoch nicht, sich völlige Klarheit über das Vorkommen der betreffenden Neubildungen etc. zu verschaffen. Ihrer anatomischen Beschaffenheit nach fungierten sie bei Grünfeld als Polypen, von Vajda wurde die erste mikroskopische Untersuchung derselben auf Grund zweier exquisiter, auch secierter Fälle gemacht. Dieselben wurden durchweg als Papillome erkannt, ein Befund, den ich bis auf einzelne wenige Ausnahmen bestätigt gefunden habe.

Ätiologisch hat man in den meisten Fällen Gonorrhöe in chronischer oder subakuter Form anzunehmen. Seltener, aber zweifelsohne von mir öfters nachgewiesen, kommen Fälle vor, wo keinerlei Sekretion aus der Harnröhre vorhergegangen ist, so daſs man die Entstehung von einem Katarrh ohne gonorrhoische Infektion herleiten muſste. — Wie ich später noch erwähnen werde, sprechen auch noch andere Thatsachen dafür, daſs überhaupt mehr individuelle als infektiöse Ursachen eine entschiedene Rolle dabei spielen.

Die Formen, in welchen die Harnröhrenpapillome vorkommen, unterscheiden sich in nichts von denen, wie sie auf der Glans und dem Präputium in groſsen und kleinen Konglomeraten unter dem Namen „spitze Kondylome“ beobachtet werden. Die Beschaffenheit letzterer ist so allgemein bekannt, daſs ich jede Beschreibung unterlassen zu können glaube. Die Harnröhrenpapillome gedeihen zumeist auf einer sukkulenten, weichen, blutreichen Schleimhaut am üppigsten und sind begleitet von mehr oder weniger stark ausgeprägten Katarrherscheinungen auf derselben. Ihre Entstehung hat man sich folgendermaſsen zu denken: Bei jedem Katarrh finden sich auf der erkrankten Mucosa Epithelverluste, die ihrerseits wiederum nach längerem Bestehen die krankhafte Wucherung des Papillarkörpers — Papillome — hervorrufen können. Entsprechend der Ausdehnung der vorhandenen entzündlichen Erscheinungen können sich die Bedingungen zur Papillombildung in der ganzen Harnröhre vom Orific. intern. bis externum verbreitet vorfinden, und thatsächlich findet man dieselben auch überall und zwar am häufigsten in der Mitte der P. pendula.

In Rücksicht auf das Vorkommen und den klinischen Verlauf der papillomatösen Entzündung der männlichen Harnröhre hat man zwei Species von Erkrankungen zu unterscheiden, und zwar richtet sich der Unterschied nach der Intensität der jedesmaligen Neigung zur Papillombildung, in der ein auſserordentlicher gradueller Unterschied besteht. Man würde dementsprechend eine Art bei geringerer — subakute Form — und bei hervorragend starker Disposition — chronische Form — unterscheiden.

Subakute Form der Papillombildung. Das Paradigma eines Falles geringer Disposition würde sich folgendermaſsen dem urethroskopischen

Beobachter darstellen: Es entwickeln sich im Verlaufe eines akuten und subakuten gonorrhoischen Leidens an verschiedenen Stellen der entzündeten Harnröhre einzelne Exemplare von Papillomen und kleinere Konglomerate derselben von weicher Konsistenz, zumeist in Beerenform und nicht sehr breit aufsitzend.

Ihre Lebensdauer richtet sich nach den verschiedensten Zufälligkeiten, denen das Membrum virile in seinen natürlichen und mifsbräuchlichen Funktionen ausgesetzt wird, und die natürlich schädlich oder förderlich einwirken können, auch nach einer etwa eintretenden Behandlung, die nicht etwa immer in solchen gering ausgebildeten Fällen, um genügend zu sein, die weiter unten anzugebende sein mufs. Jedenfalls überschreiten in subakuten Formen die Geschwülstchen selten die Gröfse einer Erbse. Beim Urethroskopieren werden dieselben schon durch das Eingehen mit dem Tubus und das Abwischen mit dem Tampon in ihren Lebensbedingungen arg gestört, und bei der nächsten Urethroskopierung findet man vielleicht blofs einen Teil der vorher gesehenen oder gar keine mehr, statt dessen gern an einer andern Stelle wieder beginnende Wucherungen, aber auch diese leisten einer rationellen Therapie nur geringen Widerstand. — Da die Disposition zur Papillombildung in diesen Fällen an den vorhandenen zumeist nicht sehr hartnäckigen Katarrh gebunden ist, so vermindert sich dieselbe mit dem Besserwerden und erlischt mit demselben zumeist ganz, kann aber wieder recidivieren bei seinem Wiedererscheinen. Natürlich ist ihre Entfernung, da sie den Reizzustand der Schleimhaut unterhalten müssen, stets geboten.

Die Dauer einer solchen Erkrankung ist selten über einige Monate, besondere klinische Erscheinungen sind durch sie nicht bedingt, sogar nicht einmal immer Harnröhrenausflufs. Häufig rufen sie auch nur ein unbestimmtes Gefühl von Erkrankung — Kitzeln, gelindes Brennen — in der Harnröhre hervor. — Im Urethroskop sieht man diese einzelnen Papillen dementsprechend zumeist als zufälligen Befund.

Chronische Form der Papillombildung: Ein immer von der eben beschriebenen Form verschiedenes Bild bietet die Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut, welche auf einer starken Disposition zur Papillombildung beruht. Als Vorbedingung dafür mufs ebenfalls eine sukkulente, weiche Schleimhautbeschaffenheit und ein deutlich ausgeprägter Katarrhzustand derselben vorhanden sein. In wie weit ätiologisch der gewifs im Anfang oft vorhanden gewesene Tripper immer und allein als Ursache anzuschuldigen ist, kann hier nicht entschieden werden. Soviel aber steht jedenfalls fest, dafs er auch auf der Höhe der Erkrankung zumeist vollkommen in den Hintergrund tritt und nicht einmal immer als ein leichter chronischer Ausflufs zu bemerken ist.

Die Papillommassen — denn als solche mufs man sie zumeist be-

zeichnen — sind in diesen Fällen so geformt, wie man sie hier und da auch am Präputium und der Glans penis als blumenkohlartige Wucherungen beobachten kann. Ein Punkt, in dem sie sich von vornherein von den einzelnen weichen Papillomen, die unter einer geringen Disposition der Mucosa gewachsen sind, unterscheiden, ist ihr breites Aufsitzen. Infolge dessen haben sie auch eine viel festere Konstruktion, und die einzelnen Pakete sind außerordentlich fest aneinander gepreßt. Sie werden vom Orific. extern. bis zum Orific. intern. beobachtet und bevorzugen dabei natürlich bestimmte Teile, so namentlich die mittlere Region der P. pendula.

Die chronische und hervorragend ausgesprochene Neigung zur Papillom- oder Warzenbildung auf Schleimhäuten halte ich zum größten Teile für individuell und an das Vorhandensein reizbarer und kongestionierter Schleimhäute im allgemeinen gebunden. Man kann diese Thatsache in unsern Fällen durch Nachfrage feststellen. 8 von 10 meiner stärksten Papillomfälle standen entweder unter dem Verdachte der Phthise oder litten wenigstens an chronischen Bronchialkatarrhen, zwei davon hatten schon Papillome auf der Nasen- und Rachenschleimhaut gehabt. Ebenso möchte ich nicht unterlassen hier die für den erfahrenen Urologen bekannte Thatsache anzuführen, daß den größten Anteil am Zustandekommen von chronischen Harnröhrenerkrankungen und hartnäckiger Strikturbildung überhaupt im Individuum begründet liegt. Auch die beiden von Vajda zur Sektion gekommenen Fälle starben an Phthise. Die Neigung zum Chronischwerden von Harnröhrenerkrankungen haben oft ebenfalls wieder Leute, die der Phthise verdächtig sind, oder wenigstens solche, die eine ausgesprochene Neigung zu Katarrhen anderer Schleimshäute, z. B. der ersten Luftwege haben. Wie recht ich damit habe, beweist, daß der bekannteste und erfahrendste jetzt lebende Autor in Blasen- und Harnröhrenerkrankungen, Thompson, eine in vielen Fällen deutliche Familienvererbung betreffs hartnäckiger Harnröhrenstrikturen oft erlebt hat und als entschieden bemerkenswert in seinem Buche verzeichnet. Mir selbst ist es in meiner Praxis nichts Seltenes, daß ich 2 und 3 Brüder einer Familie an Harnröhrenstrikturen und chronischen Tripper hintereinander behandelt habe. Ich bemerke ausdrücklich, daß es nicht etwa in solchen Fällen an der schlechten Haltung der betreffenden Personen während der akuten Erkrankung u. s. w. gelegen hat.

Es erklärt sich hieraus auch die vielfach rätselhafte und der rationellsten Behandlungsmethode lange Zeit widerstehende Hartnäckigkeit einzelner solcher Fälle.

Die Erkrankung an Urethritis papillomatosa kann in ihrem vollen Umfange nur durch das Elektrourethroskop diagnostiziert und gründlich behandelt werden; sie verläuft in der chronischen Form klinisch gewöhn-

lich unter dem Bilde eines chronischen Trippers, zumeist mit sehr ausgeprägten Strikturerscheinungen. Der Verlauf pflegt ein aufserordentlich langwieriger zu sein; so habe ich eine Anzahl Fälle in Behandlung gehabt, die sogar teilweise noch in Beobachtung sind und welche weit über 10 Jahre andauerten, wo erst in den letzten Jahren durch mich die Diagnose gestellt und durch eine entsprechende Behandlung eine anhaltende Besserung und Heilung erreicht werden konnte. Natürlich sind solche hochgradige Fälle seltener und immer an die schon erwähnte individuelle Disposition gebunden.

Die Papillome zeichnen sich dabei durch eine grofse Recidivierungskraft aus, und sind dieselben an einer Stelle beseitigt, so kann man versichert sein, sie an einer andern vielleicht ganz entfernten, in wenigen Wochen von neuem entstanden zu finden. Der Tubus ist entsprechend dem durch die vorhandenen Papillommassen bewirkten Verengerungen der Harnröhre zumeist nur unter einem Drucke einzuführen. Details kann man während der ersten urethroskopischen Untersuchung zumeist nicht erkennen, da man durch Blutungen daran verhindert wird. Bei wiederholter Inspizierung erkennt man alsdann, dafs die Papillomentwickelung sich oft 4—5 cm weit erstreckt. — An einzelnen Stellen ist die Anhäufung der Massen sogar so stark, dafs sie die normal ausgeweitete Urethra nicht nur vollkommen ausfüllen, sondern sie sogar noch auseinander getrieben haben. Umgeben ist diese starke Anhäufung, welche in der Regel nur an einer Stelle stattfindet, auf ihrem Anfang und Ende mit verstreuten kleineren Häufchen in beeren- oder hahnenkammähnlicher Form, während die starken Wucherungen aus blumenkohlähnlichen Bildungen bestehen. Diese Papillome haben dann eine epidermisähnliche Farbe und Beschaffenheit, welche von den verhornten Epithelschichten herrührt. Sie sind auch dementsprechend von fester Konsistenz, und nur vermittelst ihrer aufserordentlichen dehnbaren Unterlage sind sie imstande, dem Tubus trotz der dichten Lagerung auszuweichen. Schon in geringgradigen Fällen pflegt eine Verengerung des Urinstrahls dadurch bedingt zu werden, so dafs eine schwache Blasenmuskulatur nur mit einer gewissen Kraftanstrengung das Hindernis überwinden kann. Die Wucherungen können aber auch so mächtig werden, dafs sie auf Monate hinaus eine vollständige Atonie der Blasenmuskulatur bewirken, d. h., dieselbe ist nicht mehr imstande, das Hindernis in der Harnröhre zu überwinden; infolge dessen beginnt zuerst der Urin zu stauen, und dann entsteht Harnträufeln. In einem der von mir beobachteten Fälle hatte dasselbe schon mehrere Monate bestanden, ehe der Kranke in meine Behandlung kam.

Die Hindernisse, welche alsdann der in einem solchen Falle eingeführte Katheter in der Harnröhre findet, sind in der Regel verhältnismäfsig gering, und die Atonie der Blase ist nicht selten in einigen Tagen

bedeutend gebessert, zumal ist dies dann der Fall, wenn öfters ein stärkerer Metallkatheter eingeführt wird. Derselbe bahnt in den durch den stauenden Urin sich zersetzenden Kondylommassen leicht einen Durchgang für den Urinstrahl, und die Blase erholt sich auch durch Entlastung von der Urinmasse bald, zumal die Patienten in jugendlichen Jahren zu stehen pflegen.

Es ist keinem Zweifel unterworfen, daſs die Fälle von chronischer papillomatöser Entzündung der Harnröhre viel häufiger sind, als man bisher anzunehmen gewöhnt ist, und da die Diagnose entsprechend seltener richtig gestellt werden wird, so wird es genug Fälle geben müssen, wo man bis zu einem gewissen Grade eine natürliche Abstoſsung der Papillome wird annehmen müssen. Ich bin schon in mehreren Fällen, wo ich monatelang auf chronische Urethritis mit Strikturbildung behandelte, nach einer Pause in der instrumentellen Behandlung auf einmal von einer starken Papillombildung gewissermaſsen überrascht worden, und nach der Schilderung, welche die Patienten von ihren Krankheitssymptomen überhaupt machten, war ich gezwungen zu glauben, daſs alle vorhergegangenen Beschwerden ebenfalls auf diese Ursache zurückzuführen waren. Das gewissermaſsen natürliche Zustandekommen dieser retrograden Entwickelung der Erkrankung hat man sich folgendermaſsen zu denken.

Handelt es sich um die geringgradigen Fälle, so kann schon eine lange genug fortgesetzte Behandlung mit kräftig adstringierenden Injektionen den Katarrh und damit die Kondylome zumeist zum Verschwinden bringen, auch genügen bei ihrer geringen Widerstandskraft dazu schon relativ unbedeutende Anlässe. In den Fällen, wo es sich um stärkere Wucherungen handelt, werden die in der Umgebung der groſsen strikturierenden Partien liegenden einzelnen Exemplare mehr oder weniger leicht durch zufällige Läsionen an ihrer Basis oder durch andere nicht näher zu bezeichnende Zufälligkeiten nekrotisieren können. Bei den groſsen Konglomeraten ist die Fähigkeit zu recidivieren durch die Entzündung des Papillarkörpers und die Fundamentierung der ganzen Masse so breit anglegt, daſs zufällige Verletzungen allein nicht sehr einfluſsreich auf ihr Fortbestehen sein können, und ihr Zugrundegehen muſs alsdann in den natürlichen Verhältnissen liegen. Innerhalb der die ganze Harnröhre weit ausdehnenden Massen muſs es notwendigerweise zu Stauungen von Sekreten und Urin kommen, und mit der Zeit müssen diese nekrotischen Massen eine entsprechende entzündliche Wirkung auf ihre Umgebung ausüben. Dadurch werden zunächst einzelne locker aufsitzende, später auch andere Papillommassen zur Nekrose kommen, und werden sonach allmählich auf einem natürlichen Wege die verhältnismäſsig groſsen Wucherungen verschwinden können. Damit wäre der ganze Krankheitsprozeſs beendet, und er ist es auch thatsächlich in dem Falle, wenn nicht

an andern Stellen der Harnröhre oft dicht daneben von neuem Papillommassen sich entwickelten. Mit dem Abfallen der Kondylome ist jedoch der ganze Krankheitsprozeſs noch nicht etwa beendet. Der Bildung der Kondylome überhaupt ging schon eine Entzündung der Schleimhaut voraus, welche man zum mindesten für eine starke kleinkörnige Infiltration des Papillarkörpers halten muſs, denn ohne eine solche wäre die hartnäckige Wucherung desselben unerklärbar. Selbstverständlich wird sich dieselbe während der Zeit des Bestehens der Papillome kaum haben bessern können. Man findet dementsprechend nach Wegfall der Kondylome diese nun recht chronisch gewordene Entzündung noch bestehen. Dieselbe präsentiert sich immer als eine „glandulär-infiltrative Form.“ Bei dieser Art ist das ganze Gewebe der Mucosa und oft auch noch das anstoſsende Corpus cavernos. urethr. in eine unregelmäſsige Masse von dichtverfilzten Bindegewebsbündeln mit hier und da eingestreuten Nestern von kleinzelliger Infiltration verwandelt. Die darin eingestreuten einzelnen derben, hirsekorn und noch gröſseren Knoten bezeichnen dabei die im Anfang des Entzündungsprozesses besonders befallenen Littréschen Drüsengruppen und Morgagnischen Krypten. Ich erwähne besonders, daſs sich diese Entzündungsform in nichts von der üblichen Form des chronischen Trippers mit Strikturbildung unterscheidet. Diese Fälle stellen jedenfalls mit die hartnäckigsten Fälle zur Strikturbildung der Harnröhre überhaupt. Es würde sich dies auch mit der vorn angeführten Behauptung decken, daſs chronische Entzündungen der Harnröhre, Papillom- und Strikturbildung derselben im speziellen betreffs hartnäckiger Fälle immer eine individuelle Disposition erfordern, welche sich durch Neigung zu chronischen Katarrhen anderer Schleimhäute oft dokumentiert.

Klinisch wird sich also die chronische papillomatöse Urethritis in nichts von einem chronischen Tripper mit Strikturbildung unterscheiden, ihrem Wesen nach diagnostiziert und als solche behandelt werden kann sie nur durch das Urethroskop, speziell das Elektro-Urethroskop. —

Entsprechend dem Sitze der Kondylome in der Urethra können dieselben im hinteren Abschnitte zu Blasenkatarrherscheinungen Veranlassung geben, ich sage können, denn es kommen Fälle vor, wo ihr Vorhandensein kaum zu den geringsten Symptomen Veranlassung gibt. Verhältnismäſsig häufig verursachen sie sehr fatale Erscheinungen von Impotenz, wie man denn überhaupt bei thatsächlich anderweit unbegründetem Vorkommen vorzeitiger Impotenz nie verabsäumen darf, die betreffende Harnröhrenpartie von einem geübten Endoskopiker mehrmals untersuchen zu lassen. Es ist mir mehrfach gelungen, nach Entfernung der Geschwülstchen und sorgfältiger Tilgung des Katarrhs die mehrere Jahre schon vollkommen erloschene Potentia coeundi wieder herzustellen.

Urethroskopisch möchte ich nachtragen, daſs die Heilung der Er-

krankung erst dann als beendet angesehen werden darf, wenn sämtliche kondylomatöse Wucherungen beseitigt sind, und an Stelle der roten, geschwollenen Schleimhaut, eine glatte, weifslich oder rötlich gelb durchscheinende Mucosa mit der normalen Längsfaltung getreten ist. Die Stellen, wo die kleinen Kondylomenpakete aufgesessen haben, sind noch eine Zeitlang als kleine weifslich schimmernde Narben zu sehen, die Strikturnarben der restierenden Entzündung bleiben noch länger als eine glatte, glanzlosere Stelle von der Umgebung abgrenzbar.

Es sind verschiedene Instrumente zur Entfernung der Papillome angegeben worden, von Grünfeld eine Guillotine und eine Schere, von Rosenthal ein scharfer Löffel. Befriedigende Erfolge habe ich mit keinem dieser Instrumente erreichen können, zum Teil halte ich ihre Anwendung sogar nicht für unbedenklich.

Operation: Für die einzig praktische und vollkommen ungefährliche Operationsmethode halte ich das von mir angegebene Tamponecrasement. Das Verfahren ist dabei folgendes. Die Harnröhre wird kokainisiert und der Tubus auf die zu operierenden Massen eingestellt. Alsdann wird ein grofser oder zwei kleinere fest angedrehte Tampons (mit letzteren ist die Manipulation vielleicht etwas schwieriger), die scharf durch den Tubus gehen, eingeführt, resp. mit etwas Gewalt bis in die Papillommasse hineingeschoben, dann wird der Penis in der vollen Faust fest langangezogen, worauf man mit den Tampons vielleicht 6—8 mal drehende und ziehende Bewegungen macht. Das Glied wird dabei immer lang ausgezogen gehalten, damit die Schleimhaut keine Falten wirft. Der Tampon mufs so grofs sein, dafs er nur mit einem in Betracht kommenden Druck durch die Papillome durchgleitet. Der entfernte Tampon ist dann blutig durchtränkt und in der Regel schon je nach der überhaupt vorhandenen Anzahl mit mehr oder weniger reichlichen losgerissenen Papillomen bedeckt. Auch im Tubus finden sich eine gröfsere Anzahl vor, und man kann oft noch weitere losgerissene, bis zu 10 und mehr, nach dem ersten Ecrassement an der operierten Stelle entfernen. Diese Ecrasementmanipulation kann alsdann noch einigemale, ohne dafs dabei etwa die Schleimhaut strapaziert würde, wiederholt werden, sie wird immer tadellos vertragen und macht keinerlei Schwierigkeiten, sobald nur einige Übung und Geschick vorhanden ist. Ich mache dieselbe stets während der Sprechstunde, so wenig aufhältlich ist die ganze Operation. Es ist manchmal geradezu erstaunlich, was für Massen von Papillomen man auf diese Weise auf einmal entfernen kann, und was nicht entfernt ist, das ist wenigstens in seinen Grundfesten erschüttert und wiedersteht selten einer zweiten und dritten Wiederholung der Operation, die man in der Regel nach 10—12 Tagen vornehmen

kann, resp. schon eher, sobald alle darnach etwa beobachteten Reizerscheinungen gänzlich geschwunden sind.

Die Behandlung der bei chronischer Urethritis papillomatosa stets unter dem Bilde einer starken glandulär infiltrierten Entzündungsform zurückbleibenden Strikturbildung der Harnröhre besteht in der schon öfter von mir ausführlich beschriebenen Dilatationsmethode mit kaustischen und adstringierenden Ausspülungen in den Zwischenperioden. cf. *Zur Pathologie und Therapie der chronischen Urethritis*, von Dr. Oberländer und Professor Dr. Neelsen. Wien, Braumüller. 1888.

Den Inhalt der vorstehenden Arbeit fasse ich im Prinzipe in folgenden Sätzen zusammen:

1. Es existiert eine bestimmte nicht selten vorkommende Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut, welche unter Katarrherscheinungen derselben sich durch Papillombildungen, die im ganzen Verlaufe der Harnröhre angetroffen werden können, auszeichnet.

2. Diese Urethritis papillomatosa kann vermutlich in seltenen Fällen auch ohne gonorrhoische Infektion entstehen und trägt entweder einen subakuten oder einen sehr chronischen Charakter; letztere Art ist von einer zumeist sehr hartnäckigen strikturbildenden Affektion der befallen gewesenen Teile gefolgt.

3. Die erfolgreichste, einfachste und ungefährlichste Art der Heilung der Urethritis papillomatosa ist das von mir angegebene Tamponecrasement.

Versammlungen.

Krankenvorstellungen im ärztlichen Verein zu Budapest.

23. November 1889.

Fremdkörper in der Harnblase, von Dozent Verebélyi. Am 5. Oktober wurde ein 9jähriges Mädchen in das Budapester Stefanie-Armen-Kinderspital aufgenommen, welches vor 3 Monaten mit anfangs häufig wiederkehrendem Fieber, Blutharnen, Urindrang und Schmerzen beim Urinieren erkrankt war. Im Anschlufs daran entwickelte sich Prolapus recti.

Die Harnröhrenmündung war mit karunkelförmigen Schleimhautschwellungen umgeben und förmlich maskiert, so dafs der Verdacht entstand, es sei durch Masturbieren ein Fremdkörper in die Harnröhre gelangt. Die Untersuchung ergab die Anwesenheit eines nufsgrofsen Steines mit rauher Oberfläche (harnsaurer Phosphatstein). Lithotripsie, wegen grofser Blasenvulnerabilität in 2 Sitzungen. In der 2. Sitzung wurde, da die Harnröhre sehr dehnbar war, eine gröfsere gekehlte Zange eingeführt, der Stein in einem Akte zertrümmert und entfernt. Unter den Steintrümmern befand sich eine Schuhzwecke. Die Digitaluntersuchung ergab, dafs keine Steinreste mehr in der Blase waren. Anfangs Incontinentia urinae, daher 3 mal täglich 0,1 Nux vomica. Am 30. Oktober wurde Patientin geheilt entlassen.

Fremdkörper in der Harnblase. Prof. ANTAL zeigte einen 17½ cm langen Nelatonkatheter vor, welchen er aus der Blase eines 54jährigen Kranken, der sich selbst katheterisierte, entfernte. In den ersten Tagen gelang die cystoskopische Untersuchung infolge des Harndranges und Blasenblutens nicht. Nach 10 Tagen wiederholte A. die Untersuchungen und fand in einer Nische der hypertrophischen Muskeln das Katheterstück und entfernte es dann, da er dessen Sitz wufste, mit dem ersten Griff mittels einer Steinzange.

Ruptura urethrae, von Prof. ANTAL. Der 44jährige Schiffsarbeiter fiel am 31. Oktober rittlings auf die Kante eines Brettes; gleich danach kam Blut aus der Harnröhre und Harnretention trat ein. Die Blutung dauerte trotz der Eisumschläge fort und wurde erst durch das Einführen eines starren Instrumentes gestillt, aber am Damm entstand eine Geschwulst, welche sich auch auf das Scrotum ausdehnte. Tags darauf urinierte Patient; aber da Fieber auftrat, wurde die Urethrotomie ext. gemacht, welche dann klarlegte, dafs die Harnröhre quer entzweigerissen und dafs die beiden Enden 2½ cm voneinander entfernt waren. ANTAL nähte die Enden zusammen und liefs auf 24 Stunden einen Verweilkatheter in der Harnröhre. Nach der Operation hörte das Fieber auf; Patient konnte gut urinieren, auch nach der Entfernung des Katheters. Die Rifswunde heilte per primam und mit linearer Narbe. *Róna-Budapest.*

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

(Nach *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1889.)

20. Sitzung.

VIDAL: **Lupus erythematosus der Kopfhaut und der Wangenschleimhaut.** 59jährige Dame, ohne hereditäre Belastung, nicht krank gewesen, bis sie vor 6 Jahren von einer noch bestehenden linksseitigen Hemiplegie befallen wurde. Fast gleichzeitig traten die Affektionen der Wangenschleimhaut und des Kopfes auf, welche (beiderseits) einen vertieften geröteten Grund zeigen, der von guirlandenförmigen, verzweigten, erhabenen, weifsen Rändern umgeben ist. Die Kranke klagte über Stechen und Schmerzempfindung bei Nahrungsaufnahme.

Auf dem Kopfe findet sich ebenfalls eine Stelle von Lupus erythematosus von 12 cm Länge und 7 cm Breite.

(Referent hatte Gelegenheit, dieser Sitzung beizuwohnen. Es mufs beachtet werden, dafs die Franzosen unter Lupus erythematosus auch Fälle unseres tuberkulösen Lupus verstehen, nicht blofs das „Ulerythema centrifugum.“)

HALLOPEAU: **Über einen Fall von Lichen planus mit beträchtlicher, scharf isolierter Dilatation der Mündungen der Schweifsdrüsen.** Patient leidet seit 8 Jahren an Lichen planus, der lange Zeit auf die Füfse beschränkt war und erst seit ½ Jahr die Oberschenkel, Penis und Vorderarme ergriffen hat. — Während der Fall im allgemeinen keine Besonderheiten bietet, zeigen sich in der Palma manus, digitorum und an den Fingerspitzen zahlreiche isolierte Vertiefungen, deren Durchmesser 1 mm übersteigt; einige von ihnen sind von einem für Gesicht und Gefühl wahrnehmbaren Walle umgeben. Zwischen diesen „dépressions“ finden sich sowohl entwickelte Lichenpapeln, wie Übergangsstadien von den Lichenpapeln zu den erwähnten „dépressions“. — HALLOPEAU weist darauf hin, dafs der Lichen planus nicht die Drüsenausführungsgänge oder Follikel zum Ausgange haben mufs

— dafür legen die im Munde dieses Patienten sichtbaren Plaques Zeugnis ab; aber die Papeln können sich um die Follikel entwickeln. — FOURNIER weist darauf hin, daſs die Affektion der Palmae manus einer luetischen Affektion zum Verwechseln ähnelt. — VIDAL findet die Affektion nicht nach Lichen aussehend; sie macht ihm den Eindruck, als sei sie durch künstliche Irritation (Seifen etc.) hervorgerufen.

Psoriasis rubra exfoliante (Psoriasis acuta). BESNIER stellt einen 33jährigen Mann vor, der eine „érythrodermie exfoliatrice généralisée" darbietet. Mit Ausnahme des Gesichtes und der Extremitäten ist der ganze Körper intensiv rot, und gleichzeitig besteht eine ausgedehnte und zahlreiche Abschilferung der Hornschicht.

Man ist zunächst versucht, an Pityriasis rubra und an Dermatitis exfoliativa zu denken; für Pityriasis rubra sind aber erstens die Schuppen zu groſs, zweitens zu viele ausgespaarte Stellen vorhanden, gegen Dermatitis exfoliativa spricht das Fehlen von Allgemeinerscheinungen, der mangelnde Haarausfall und endlich die groſse Ungleichmäſsigkeit der Schuppen, die der typischen Regelmäſsigkeit der Schuppen bei „Maladie de WILSON" widerspricht.

Gipsartige, an den Gelenkbeugen, den Fingern und Handflächen sich zeigende Plaques und Tupfen weisen auf die Diagnose Psoriasis hin. — BESNIER stellt die Diagnose auf eine besonders akute, mit starker Abschuppung einhergehende Form der Psoriasis. Die Affektion hat sich — schon früher vorhanden und geheilt gewesen — zu ihrer jetzigen Heftigkeit in wenigen Tagen entwickelt.

QUINQUAUD stellt einen Fall von **Hydroa der Mundschleimhaut** vor. Er weist auf die Ähnlichkeit der bestehenden Ulcerationen mit syphilitischen Schleimhautplaques, ulcero-membranösen Stomatitiden, diphtheritischen Läsionen, Aphthen, herpetischer Angina hin.

An den Händen besteht noch eine bullöse Affektion, und QU. konnte die gleichen Bullae, die mit einer fieberhaften Attacke aufgetreten sind, konstatieren. Er stellt die Diagnose auf Hydroa. — BESNIER weist darauf hin, wie wichtig diese, dem Spezialarzte wohlbekannte Affektion differentialdiagnostisch für den Praktiker sein kann, da sehr häufig Verwechselung mit Lues vorkomme.

Es schlieſst sich daran noch eine Debatte über den **Wert des Jodkaliums in der Behandlung polymorpher Erytheme**; im allgemeinen wird es nicht gerühmt.

TENNESON stellt ein junges Mädchen mit **zweifelhaftem harten Schanker** der rechten Wange vor, der 3 Wochen nach „suspektem Kuſs" aufgetreten ist. — FOURNIER macht die Bemerkung, daſs es zur Infektion keiner Wunde bedürfe; Schanker können sich auf intakter Haut entwickeln. — BESNIER weist auf die Ähnlichkeit der Schanker mit syphilitischen Plaques der Haut hin.

FEULARD stellt eine Frau von 75 Jahren vor, die seit 68 Jahren an einem **tuberkulösen Lupus** des rechten Vorderarmes leidet; vor 65 Jahren wurde sie von BIETT im Hospital St. Louis (damals als 10jähriges Mädchen) an diesem Lupus behandelt.

Merkwürdig an diesem Falle ist der lange Bestand, ohne groſse Verbreitung bei übrigens vollständiger Gesundheit. — HALLOPEAU weist darauf hin, daſs derartige Fälle nicht extrem selten sind; im Dienste des Hospitals befindet sich ein Mann, der 1838 schon mit Lupus eingetreten ist.

VIDAL stellt einen jungen Mann mit einer eigentümlichen **Alopecie** vor, die **infolge eines akuten Ekzema seborrhoicum** aufgetreten ist. Patient leidet seit

2 Jahren an einem, anfallsweise sich verschlimmernden Ekzema seborrhoicum des Kopfes, der Augenbrauen, verbunden mit impetiginösem Ekzem des Gesichtes. Zwei Monate vor der Vorstellung trat ein heftiger, höchst akuter Nachschub auf, dessen Folge die jetzt bestehende absolute Alopecie ist. Die Prognose ist günstig. Der Fall ist nur interessant durch die Intensität des Prozesses.

von Düring-Konstantinopel.

Besprechungen.

H. Hallopeau. **Traité élémentaire de pathologie générale.** 1. partie: *Pathogénie et physiologie pathologique.* 3. édit. Paris, Baillière et Fils. 1889.

Die allgemeine Pathologie des ausgezeichneten französischen Gelehrten erscheint nunmehr in der 3. Auflage. Es wäre überflüssig, über die Vorzüge des Werkes, welches schon in der Zahl der Auflagen ein schmeichelhaftes Zeugnis von seiten seiner Leser besitzt, viele Worte zu verlieren. Nur das eine ist zu bemerken, daſs in dem neu revidierten Werke die Resultate der neueren Forschungen sorgfältig berücksichtigt und mit regem kritischen Sinne beurteilt wurden. Der bisher erschienene Teil enthält die Ätiologie, die Hyperämie und die Entzündung.

Török-Hamburg.

W. Behrens, A. Kossel und P. Schiefferdecker. **Die Gewebe des menschlichen Körpers und ihre mikroskopische Untersuchung.** Braunschweig, Harald Bruhn. 1889.

Der bisher erschienene erste Band des obigen Werkes: Das Mikroskop und die Methoden der mikroskopischen Untersuchung, entspricht einem längstgefühlten Bedürfnisse nach einem gedrängt gefaſsten und doch vollständigen Lehrbuche der mikroskopischen Untersuchungsmethoden in vollkommener Weise. Den teils veralteten, teils in ihrer Konception unvollkommenen, teils infolge des allzu geringen Umfanges unvollständigen älteren Werken dieser Art steht in dem obigen ein unseren modernen Anschauungen entsprechendes, die neuen Methoden so weit als thunlich berücksichtigendes Buch gegenüber. Der Band zerfällt in 3 Abschnitte: I. Das Mikroskop und die mikroskopischen Nebenapparate (S. 1—87), bearbeitet von Dr. W. Behrens; II. Das mikroskopische Präparat (S. 88—233), bearbeitet von Prof. Dr. P. Schiefferdecker; III. Über den mikroskopischen Nachweis der chemischen Bestandteile des Tierkörpers (S. 234—300), bearbeitet von Prof. Dr. A. Kossel. Die Ausstattung des Buches ist eine ausgezeichnete. *Török-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Über einige Änderungen und Neuerungen, die den Dermatologen speziell interessieren in der neuen Ausgabe (Editio VII, die nach einer Pause von 20 Jahren der

Editio VI folgt) der Pharmacopoea Austriaca sei hier in Kürze referiert. Ich folge hierbei der *Pharmac. Post.* 1889. No. 29 ff.

Bei Oleum jecoris aselli ist der sogenannte „Dampfthran" vorgeschrieben. Er soll kaum sauer reagieren, bei 0° kein oder nur wenig Stearin abscheiden und mit koncentrierter Schwefelsäure die bekannte Violettfärbung geben. Die Prüfung auf Blei ist nicht mehr vorgeschrieben..

Pix liquida soll mit Wasser geschüttelt demselben seinen Geruch und Geschmack sowie saure Reaktion erteilen.

Solutio arsenicalis Fowleri enthält jetzt in 100 (früher in 90) Teilen 1 Teil arsenige Säure und hat einen Zusatz von aromatischem Spiritus erhalten. Die Lösung soll klar (? *Pharmac. Post.*) sein.

Spiritus Vini concentr. 91—90 Vol.-Proc. Alkohol. Neutrale Reaktion. Frei von Fuselölen.

Spritus Vini dilut. 70—67,5 Vol.-Proc. Alkohol.

Styrax liquidus mufs zuvor durch Auflösen in der halben Gewichtsmenge Benzol und nachheriges Eindampfen gereinigt sein.

Sulfur praecipitatum und Sulfur sublimatum sollen beim Verbrennen keinen Rückstand hinterlassen.

Syrupus ferri jodati enthält jetzt 5 % (früher 12 %) Jodeisen, wie die Pharm. Germ. (Die Pharm. Hung. leider noch 12 %.)

Tinctura Jodi enthält etwas weniger Alkohol, daher jetzt 6,66 % Jod anstatt der früheren 6,25 % Jod.

Unguentum aromaticum anstatt Krauseminzöl Pfefferminzöl.

Unguentum hydrargyri. Hg ist statt mit Hammeltalg mit Lanolin zu verreiben.

Fructus Cubebae von Piper Cubeba Linn. fil.

Glandulae Lupuli. Beim Verbrennen nicht mehr als 10 % Asche zurückbleibend. Alte, übelriechende und braune Ware verboten.

Hydrargyrum bichloratum corrosivum. Prüfung auf Arsen vorgeschrieben, von dem es frei sein soll.

Jodum. Prüfung auf Jodcyan wie Chlorjod vorgeschrieben.

Kalium jodatum. U. a. dürfen die Kristalle, mit verdünnter SO_3 behandelt, weder gelb werden, noch aufbrausen. Prüfung auf einen Cyangehalt vorgeschrieben.

Acidum arsenicosum. Löslichkeit in 10 Tln. NH_3, sowie Prüfung auf Schwefelarsen vorgeschrieben.

Acidum carbolicum soll neutral reagieren etc.

Antidotum Arsenici albi (Magn. hydrooxyd.) soll extempore zubereitet werden.

Neu aufgenommen sind:

Acid. boricum.
Acid. carbolicum liquefactum.
Acid. lacticum.
Ammon. bromatum.
Aq. carbolisata.
Araroba depurata (Chrysarobin).
Axung. porci benz.
Bals. Tolutanum.
Cocainum hydrochloricum.
Collodium elasticum.
Ferrum citr. ammon.
Ferrum reductum.
Herba Herniariae.
Hydrarg. tann. oxyd.

Lanolin.
Lignum Guajaci.
Lignum Juniperi.
Naphthalinum.
Naphtholum β.
Natr. bromatum.
Natr. jodatum.
Ol. pini pumilionis.
Ol. Terebinth. (communis).
Plac. sem. lini.
Sulfur depur.
Tr. Calami.
Tr. Gallarum.
Ung. Zinci oxyd.
Vaselinum.
Vinum Chinae.

Nicht mehr aufgenommen aus der früheren Pharmakopöe wurden unter anderm:

Aq. Creosoti.
Arnicae folia.
Cortex Chinae calis.
Cortex Chinae fuscus.
Chinidinum sulfur.
Chininum p.
Ferr. jod. sacch.
Ferr. oxyd. oxydul.
Ferr. phosph.
Ol. Menth. crisp.
Petroleum rectif.
Resina Pini.
Sapo Picis.
Sapo sulfuratus.
Spiritus cochleariae.
Unguentum Authenriethi.
Zincum aceticum.

Pauly-Nervi.

Behufs **Verbesserung des Geruches und des Geschmackes von Leberthran** wird die Hinzufügung von Kreosot und Saccharin empfohlen:

℞	*Ol. jecor. asell.*	2000,0
	Creosoti	2,5
	Saccharin.	0,16

Diese Mischung hat den Geruch von geräuchertem Fleisch. (*Druggist circ. and chem. Gaz.* März 1889.) *Gründler-Dresden.*

Allgemeine Pathologie.

Zur Kenntnis des Nachfiebers beim Scharlach, von Ferd. Gumbrecht (Jena). (Inaug.-Dissert. 1889.) Die von Thomas zuerst erwähnte, von Fürbringer mit der Benennung „Nachfieber bei Scharlach" belegte, eigentümliche typhusartige Nacherkrankung kam nach den Mitteilungen des Verf. unter 228 Scharlacherkrankungen 13mal vor. Die charakteristischen Merkmale dieser noch selten und mangelhaft beschriebenen Krankheit faſst der Verf. am Schluſs seiner Arbeit folgendermaſsen zusammen.

1. Das Nachfieber ist eine selbständige, durch keine nachweisbare Komplikation des Scharlachs bedingte Erkrankung.

2. Dasselbe schlieſst entweder unmittelbar an das Scharlachfieber an, oder setzt ein, nachdem die Körpertemperatur mehrere Tage die Norm erreicht hat. Dauer bis zu 2 Wochen.

3. Das Nachfieber ist wahrscheinlich eine bestimmte Form der Sekundärinfektion und steht in Beziehung zu den Streptokokkenbefunden bei Scharlach.

4. Der biologische Prozeſs der eingewanderten Streptokokken kann sich mit der rein pyogenen Wirkung als erkennbare Äuſserung erschöpfen.

5. Der Praktiker muſs bei Fortbestand des Fiebers bei Scharlach auf schwere, spät eintretende Komplikationen gefaſst sein. *Dreckmann-Hamburg.*

Spezifische Entzündungen.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Aug. Koren beschreibt (*Norsk Magazin för Lægevidenskab.* 1889. No. 9) einen Fall von **Ichthyosis linearis neuropathica** bei einem neunmonatlichen Kinde; die Affektion ist kongenital und gleicht einem Naevus verrucosus, doch bestätigt die charakteristische rauhe Haut die Diagnose Ichthyosis. Die Streifen der bräunlichen, papillomatösen Haut folgen genau den N. N. medianus, ulnaris und radialis des rechten Armes. Verf. rechnet deshalb diesen seltenen Fall von Ichthyose zu den trophoneurotischen Hautkrankheiten. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

Roseola pityriaca (Pityriasis rosea Gibert), von Prof. Barduzzi. (*Giorn. ital. delle malattie veneree e della pelle.* 1889.) Verf. berichtet über drei von ihm beobachtete Fälle dieser Krankheitsform. Er unterzog stets die Schuppen einer genauen bakteriologischen Untersuchung, konnte aber niemals andere als die gewöhnlichen Mikroorganismen der Haut finden. Die Krankheit ist also nicht, wie Horand behauptet, parasitärer Natur.

Die Krankheit heilte immer, auch in anderen sieben vom Verf. beobachteten Fällen, spontan in 3—8 Wochen und trat nie mit irgend welchen Komplikationen auf. *E. Fink-Hamburg.*

Ichthyosis, von G. Thibierge. (*Diction. encycl. des sciences médic.*) Mit ausgedehnter Berücksichtigung der aus- wie inländischen Litteratur ist die Geschichte, Klinik, Therapie und Anatomie der Krankheit dargestellt. Bei der Differentialdiagnose werden alle jene der Ichthyosis ähnlichen Zustände der Haut berücksichtigt, welche auftreten können bei starker Schwielenbildung der Hand, nach voraufgegangenen Dermatitiden, bei gewissen Seborrhöen, bei kachektischen und alten Personen, bei manchen Nervenerkrankungen. Unter den aufgeführten therapeutischen Maſsnahmen wird besonders hervorgehoben nach Anwendung von Bädern, welche die Hornschicht aufweichen und macerieren, Glycerin und Vaseline rein oder mit Borsäure. — Eine besondere Stellung wird der fötalen Ichthyosis eingeräumt, welche durch ihren schweren Verlauf von der gewöhnlichen Ichthyosis sich auffällig unterscheidet. *L. Philippson-Hamburg.*

Drei Fälle von kongenitaler Ichthyosis, von Schab. (*Inaug.-Diss.* München. 1889.) Verf. gibt die Beschreibung zweier in der Sammlung des Münchener Path. Instituts aufbewahrten Neugeborenen mit typischen Erscheinungen von Ichthyosis congenita und von einem frischen Fall mit ähnlichen, aber nicht so ausgesprochenen Symptomen. Das Aussehen der beiden ersten Exemplare stimmt vollständig mit dem bereits in der Litteratur mehrfach entworfenen Bilde überein, so daſs es genügt, einiges von dem letzten mitzuteilen. Die Haut des noch lebenden Neugeborenen war trocken, schmutziggelb. Augen geschlossen, Nasenlöcher verengt, Mund halb offen und verzogen, Vulva klaffend. Haltung wie intrauterin, bei Streckbewegungen schreit das Kind heftig. Am Halse, in der Leisten-, Axillargegend, Kniebeuge Rhagaden. Nach 3 Tagen Tod. An der Luft war die dicke Hornschicht allmählich getrocknet und in allen Richtungen gerissen, so daſs Hornplatten, die in der Mitte festsaſsen und an den Rändern aufgerollt waren, den Körper bedeckten. Die Risse gingen nur bis auf die Cutis und waren an den Extremitäten, im Gesicht und am Rücken am seichtesten. Eine direkte Todesursache ergab die Sektion nicht. — Zum Schlusse unternimmt es Verf., die veröffentlichten Fälle von Ichthyosis congenita in eine

Reihe zu bringen, welche von der typischen Ichthyosis congenita zu der Ichthyosis vulgaris geht, indem er als Übergänge diejenigen Fälle ansieht, wo Kinder mit pathologisch veränderter Hautdecke geboren werden, ohne dafs sich jedoch das typische schwere Krankheitsbild bereits schon entwickelt hätte, — und zweitens solche Fälle, wo bei gesund geborenen Kindern die für Ichthyosis congenita charakteristischen Erscheinungen erst nach mehreren Lebenswochen auftreten.

L. Philippson-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über Erblichkeit der Lepra. (*Nordisk medic. Arkiv.* Bd. XXI. No. 4.) Armauer Hansen, der schon aus theoretischen Gründen ein Gegner der Lehre von der Erblichkeit der Lepra ist, hat durch persönliche Forschungen bei den in Amerika aus Norwegen eingewanderten Spedalsken und deren Nachkommenschaft versucht, Beweismittel zur Lösung in dieser Frage einzuholen. Er hat im ganzen 161 Personen untersucht, die aus Norwegen Lepra mitbrachten oder kürzere oder längere Zeit nach ihrer Ankunft diese Krankheit bekamen. Dabei hat er gefunden, dafs die Krankheit denselben Verlauf wie in Norwegen hat. Klimatische Einflüsse können für die Übertragbarkeit der Lepra nicht verantwortlich gemacht werden, denn in keinem einzigen Falle habe die Lepra auf andere übergegriffen oder sich bei Personen, die in Amerika geboren waren, gezeigt, obgleich die Kranken zum Teil eine grofse Nachkommenschaft zurückgelassen haben. Es ist somit nicht gelungen, auch nur einen einzigen Fall von ererbter Lepra in Amerika nachzuweisen. Auch die Verbreitung durch Ansteckung scheint daselbst unbekannt zu sein. Verf. sucht die Erklärung der letzten Thatsache darin, dafs die in Amerika Eingewanderten unter viel besseren hygieinischen Verhältnissen leben, als in ihrer ehemaligen Heimat; sie waren reinlich, wohnten besser, und speziell hatten alle Leprakranke, die er da gesehen hat, ihre eigenen Zimmer und ihr eigenes Bett, wahrscheinlich ein zulängliches Schutzmittel gegen Übertragung der Krankheit durch Ansteckung.

Edv. Kaurin führt in einem Aufsatze über **Ursachen der Lepra** (*Norsk Magazin för Laegevidenskab.* 1889. 4—5) aufser den allgemein bekannten Beweisen für die Ansteckungsfähigkeit der Krankheit eine Anzahl persönlicher Beobachtungen an; er berichtet nämlich über 22 Fälle, wo als einzige Ursache engeres Zusammenleben mit Leprösen nachzuweisen war. Darunter waren aber 11 Fälle, wo Familienmitglieder leprös waren und welche somit auch für die Erblichkeit der Lepra sprechen könnten. Verf. ist doch geneigt, auch für diese Fälle Ansteckung als Ursache anzunehmen.

Der Chef des Lungegaardshospital (Lepra-Hospital bei Bergen), D. C. Danielsen, hat seinen Bericht für das Triennium 1886—88 publiziert. Die **therapeutischen Versuche** sind fortgesetzt worden; das salicylsaure Natron hat sich fortwährend gegen die anästhetische Form nützlich erwiesen, aber auch gegen die knotige Form, besonders in den akuten Eruptionen, wo es das Fieber vermindert, den Ausbruch koupiert und die neu entstandenen Knoten zum Verschwinden bringt; die alten Knoten scheinen nur durch die äufsere Applikation etwas beeinflufst zu werden.

Das Ichthyol wurde jahrelang gebraucht, doch ohne irgend welche Wirkung. Die Unnasche Behandlung mit Chrysarobin-Salicylsäure und Kreosot nebst Ichthyol wurde ebenso versucht und zeigte in mehreren Fällen als Resultat eine

Abnahme der Knoten; doch glaubt Verf., daſs die Besserung nur temporär sei und die Krankheit wiederkehren werde, behalte sich jedenfalls noch weitere Beobachtung der Fälle vor. Chaulmoograöl ist ebenso versucht worden, mit ganz ungünstigen Resultaten; dasselbe läſst sich vom Hydrargyrum salicylicum sagen. — Jodkalium hat Verf. mehr als Kontrollmittel angewandt. Dieses Mittel hat eine ganz sonderbare Wirkung, die immer konstant ist, nämlich eine mehr oder weniger heftige Knoteneruption mit Fieberbewegungen. Man kann es folgendermaſsen gebrauchen, wenn man Heilung vermutet: Tritt nach Jodkalium keine neue Eruption auf, kann man auf definitive Heilung rechnen, sonst nicht. Die von Unna und von Dreckmann veröffentlichten Fälle von Heilung der Lepra betrachtet Verf. etwas skeptisch und zweifelt daran, ob die Heilung eine wirkliche sei; wahrscheinlich sind die Knoten und äuſseren Manifestationen zurückgegangen, was nicht schwierig zu erlangen ist; aber Recidive werden sich bald zeigen, was gewiſs sein Kontrollmittel bewiesen hätte. Doch glaubt Verf., daſs Lepra heilbar sei, wenn auch das rechte Specificum noch nicht gefunden ist. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Miſsbildungen.

Zur elektrolytischen Behandlung der Angiome, von Th. Gessler. (*Inaug. Dissert.* Tübingen. 1889.) Verf. leitet seinen Aufsatz mit einer summarisch statistischen Zusammenstellung der in der Tübinger Klinik in den letzten Jahrzehnten beobachteten Angiome ein. Es wurden 213 Patienten, und zwar 151 weibliche und 62 männliche, mit Angiomen behandelt. Der Sitz war 168 mal der Kopf, darunter 154 mal Gesicht, Hals und Ohren. Zum Vergleich zieht Verf. eine Reihe anderer statistischer Arbeiten heran und benutzt 1044 Fälle, im ganzen also 1265 Fälle. Das weibliche Geschlecht ist doppelt so oft betroffen wie das männliche. 76% hatten ihren Sitz am Kopf, 3 am Hals, 11 am Rumpf und 9 an den Extremitäten. Bei der Auseinandersetzung der Behandlungsmethoden betont Verf., daſs die Elektropunktur in den schwersten Fällen angewendet wurde. Die Methode des Prof. Bruns ist kurz folgende: Zunächst werden durch die Basis des Angioms zwei Platinnadeln kreuzweise durchgestoſsen, welche dann mit den beiden Polen einer konstanten Batterie verbunden werden. Dann folgt Schlieſsung des Stromes und Durchleitung desselben ca. 10 Minuten. Kurz vor der Entfernung der Nadeln wird zur Verhinderung der Blutung der Strom gewechselt. Darnach Jodoformverband. Nach 1 bis 2 Monaten wird dieses Verfahren, wenn nötig, wiederholt. Sodann gibt Verf. eine genauere Beschreibung der auf der Tübinger Klinik mit Elektrolyse behandelten 10 Fälle. Von diesen konnten 2 nicht nachuntersucht werden, einer stand noch in Behandlung. Die anderen 7 waren durchweg mit schönen Narben geheilt, trotzdem zum Teil eine bedeutende Ausdehnung nach der Fläche und Tiefe vorhanden war.

Zum Schlusse zieht Verf. einen Vergleich der Elektrolyse mit anderen Methoden, wobei sich das interessante Resultat ergibt, daſs sie gerade bei den ausgedehntesten Angiomen vor allen anderen Verfahren den Vorzug verdient.

Leistikow-Hamburg.

Über angeborene Anomalien der Behaarung, von Bonnet. (*Sitzungsberichte der Würzburger phys. med. Gesellschaft.* 1889.) Sitzung vom 20. Juli 1889. Nach einigen einleitenden Bemerkungen bespricht B. die Hypertrichosis congenita, welche diesen Namen nicht verdient, da sie eigentlich eine Hemmungsbildung

ist und in einer Persistenz der Primärhaare, der Lanugo, welche normaler Weise nur zum geringen Teile persistieren, besteht und häufig auch mit Zahndefekten verbunden ist. Man müſste sie wenigstens als Pseudohypertrichose oder Hypertrichosis lanuginosa bezeichnen.

Ebenso unrichtig ist die Bezeichnung der Atrichie und Oligotrichie als Alopecia congenita, da die Bezeichnung Alopecia das Ausfallen früher vorhandener Haare bedeutet, hier aber ein Bildungsmangel vorliegt. B. bespricht dann im Anschluſs an einen Fall allgemeiner kongenitaler Atrichie bei einem Ziegenböckchen die in der Litteratur verzeichneten und beim Menschen beobachteten ähnlichen Fälle. Bei diesen handelte es sich zum Teil nur um verzögerte Anlage und um verzögerten Durchbruch der Haare, in anderen Fällen trat zeitlebens keine Haarbildung auf.

Schnitte, welche B. in dem oben erwähnten Falle durch die Haut des Tieres anfertigte, zeigten den oberen Teil des Haares in bizarrer Weise in der obersten Partie des Haarbalges aufgeknäuelt, die Mündung des Haarbalges aber dadurch verlegt, daſs die abnorm dicke Hornschicht in Form eines starren Hornpfropfens in den obersten Teil des letzteren eindrang. Durch den letzteren Umstand würde das spät angelegte feine Härchen zur Aufknäuelung gezwungen. B. erklärt es für ausgeschlossen, daſs die abnorme Dicke der Hornschicht hier etwa durch eine Persistenz des Epitrichiums verursacht sei. Er glaubt hier ein pathologisches Beispiel für das zuerst von Leidig formulierte Gesetz vor sich zu haben, daſs nämlich die Entwickelung des Haarkleides und die Dicke der Epidermis zueinander im umgekehrten Verhältnisse stehen, und daſs beide vikariierend füreinander zum Schutze des Körpers eintreten. *Török-Hamburg.*

Pathologie und Therapie des Urogenital-Systems.

Zur Lehre von der Hodenneuralgie (Neuralgia testis), von A. Peyer. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Path. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1889. No. 4. u. 5.)

Curling, Hammond und Cooper unterscheiden neben einer wahren Neuralgia testis noch eine abnorme Steigerung der Sensibilität des Hodens.

Dem tritt P. entgegen und betrachtet die wahre Neuralgie nur als eine Steigerung der Sensibilität, da beide Stadien bei einem und demselben Individuum abwechselnd auftraten.

Das klinische Bild der Hodenneuralgie ist ungefähr folgendes:

Bei irgend einer Gelegenheit (Spaziergang, Reiten, Turnen) stellt sich bei einem neurasthenischen Individuum Druck im Hoden ein, der sich allmählich vermehrt und unter Umständen so stark wird, daſs das Reiben der Beinkleider oder der Druck der Bettdecke nicht mehr ertragen werden können. Das Gehen ist gleichfalls schmerzhaft. Der Schmerz tritt in Paroxysmen auf, die Intervalle sind schmerzfrei. Meist doppelseitiges Auftreten. Ätiologisch spielen Excesse in venere, Onanie, Tripper, Orchitis, Epididymitis, geschlechtliche Abstinenz, Rückenmarkserkrankungen eine Rolle.

Pathologische Veränderungen sind bisher nur im Nebenhoden gefunden worden, während der Samenstrang und der Hoden selbst intakt waren.

P. hat als Ursache meist Spermatorrhöe, Pollutionen, Impotenz, Aspermatismus, reizbare Blase, Spinalirritation gefundeu, seltener fanden sich Neuralgie der Urethra, nervöse Affektionen der Nieren, reflektorische Affektionen des Magens und Darmes. Die Therapie richtet sich in erster Linie auf die Entfernung der Ursache des Leidens.

Bei Masturbation, Spermatorrhöe etc. adstringentierende Behandlung der Pars prostatica, Tragen eines wattierten Suspensoriums, Kaltwasserbehandlung der Genitalien. Innerliche Mittel lassen meistens im Stich. Hilft alles dies nicht, so tritt die chirurgische Behandlung ein. Druck auf den Samenstrang-Nerven; Akupunktur, oder gar Kastration. Auch die letztere soll manchmal im Stiche lassen.

P. Taenzer-Leipzig.

Suprapubische Prostatektomie, von A. F. McGill. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Path. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1889. No. 5.) Nur solche Prostatatumoren, welche in die Blase hineinragen, verursachen Störungen. Die Prostatektomie soll nur dann vorgenommen werden, wenn die Katheterisation nicht den erwünschten Erfolg hat. Verf. zieht die Sectio alta der Sectio perinealis vor, weil durch dieselbe alle Tumoren entfernt werden können, was durch die letztere öfters unmöglich ist, ferner weil durch die weite, schlaffe, suprapubische Öffnung der Urin leichter abfliefst, als durch das rigide Perinealgewebe, und schliefslich weil das Verfahren ebenso sicher ist, wie die Sectio perinealis. Die Operation ist folgende: Nach Ausdehnung der Blase wird dieselbe mittels Längsschnitt in der Linea alba eröffnet. Öfters wurde auch der Transversalschnitt gemacht und die betreffenden Tumoren mit Leichtigkeit entfernt, die gestielten mit der Schere, die ungestielten werden nach Durchtrennung der Schleimhaut mit dem Finger enukleirt und etwaige Blutungen durch Heifswasserirrigationen gestillt; dann wird ein dickes Drainagerohr eingelegt und durch Nähte die Wunde geschlossen. *P. Taenzer-Leipzig.*

Zur Behandlung der kallösen Harnfisteln im Perineum und Scrotum, von A. Ebermann. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Path. d. Harn- u. Sexualorgane.* 1889. No. 5.) Der Verf. spaltet die Fisteln, excidiert das kallöse Gewebe und beseitigt etwaige Strikturen als die Ursache der Fisteln durch die Urethrotomia externa. 3 Krankengeschichten werden als Beweis der Vorzüglichkeit der Operation angeführt. *P. Taenzer-Leipzig.*

Beitrag zur Pathologie der Cavernitis chronica, von Dr. L. Niehus in Bern. (*Virchows Archiv.* Bd. 48.) Aus einer sehr sorgfältigen Beobachtung, die Verf. ausführlich beschreibt, kommt er zu folgenden Schlüssen: 1. Die unter dem Bilde einer Cavernitis chronica verlaufende Erkrankung der Urethra ist im wesentlichen als eine epitheliale Neubildung eigener Art aufzufassen, indem an ziemlich gleichmäfsig verteilten Partien der Oberfläche von den geschichteten Epithelien der Glans epitheliale Zellstränge ausgehen, die sich zu aufserordentlich grofsen umfangreichen Zellnestern ausbreiten, welche, durch schmale Ausläufer untereinander zusammenhängend, das Gewebe der Glans durchsetzen. 2. Von einem gewöhnlichen Kankroid unterscheidet sich die Neubildung durch Entstehung, Verlauf und Symptome, durch das makroskopische Verhalten, durch die Gröfse und topographischen Verhältnisse der Epithelzellnester. 3. Schon frühzeitig verursachte die Neubildung eine Verengerung, später Verschlufs des Orificium urethrae, der Urin bahnte sich Wege in das Innere der Epithelzellnester, welche Höhlen aufweisen, und entleerte sich durch zahlreiche Fisteln nach aufsen, die den Stellen entsprechen, an welchen die Epithelzellnester mit dem Oberflächenepithel zusammenhängen, und die in die Höhlen der Zellnester sich fortsetzen. 4. An Stelle des Corpus cavernosum glandis finden sich lockeres Bindegewebe und Bündel glatter Muskelfasern mit diffuser und herdweiser Infiltration, namentlich in der Nähe der Epithelzellnester. Ferner sind Herde von Granulationsgeweben mit mehrkernigen Riesenzellen vorhanden. 5. In dem

faserigen Bindegewebe finden sich zahlreiche Mastzellen (nach EHRLICH) und zahlreiche meist gruppenweise zusammenliegende eigentümlich homogene Kugeln vor.

L. Hoffmann-Berlin.

Incontinentia urinae infolge Epilepsia mitis (absentia epileptica), hervorgerufen durch Masturpation bei einem 10jährigen Knaben. — Heilung, von Dr. A. PEYER (Schaffhausen). (*Intern. klin. Rundschau.* 1889. No. 24.) Ein 10jähriger Knabe litt an Incontinentia urinae am Tage, seltener in der Nacht. Bis zum 4. Jahre war er völlig gesund und normal entwickelt, damals beim Stuhlgange oft Prolapsus ani, welche Affektion jedoch nach einem Jahre wieder schwindet; von da an unfreiwilliger allmählich zunehmender Urinabgang. Patient bleibt in der Entwickelung zurück, meidet die Gesellschaft anderer Knaben, klagt über Mattigkeit und dumpfen Kopfschmerz. Träger Stuhlgang, Brennen beim Urinieren. Bei der Untersuchung fällt ein stark urinöser Geruch auf, sonst nichts Abnormes nachweisbar, Genitalsystem ungenügend entwickelt, Vorhaut sehr lang und gerötet, Urin normal. Auf Befragen erfährt Verf., dafs der Knabe weder Harndrang noch Urinabgang spüre, und dafs dieser unfreiwillige Urinabgang während eigentümlicher Störungen des Patienten eintrete, in denen er, ohne es zu wissen, zeitweilig auf der Strafse plötzlich einen Moment stillstehe, oder indem er plötzlich die erhobene Hand, mit welcher er Löffel oder Gabel zum Munde führen will, anhält, während sein Blick starr werde. Onanie getrieben zu haben bestreitet der Knabe. Die öfter vorgenommene Untersuchung des Morgenurins wegen Brennen beim Pissen zeigt vereinzelte Leukocyten und etwas Schleim; die infolgedessen vorgenommene Sondierung der Urethra sehr schmerzhaft (Hyperästhesie der Harnröhre). Die mehrere Tage hintereinander vorgenommene Katheterisation des Patienten, wobei das Metallinstrument einige Zeit liegen blieb, ergibt auffallende Abnahme der epileptischen Anfälle; Kopf frei, weniger häufiges Auftreten der Incontinentia. Der Knabe gesteht jetzt, täglich masturbiert zu haben, deshalb Spaltung des etwas engen und entzündeten Präputiums; weitere fast tägliche Katheterisationen und Einspritzungen sehr verdünnter Lösungen von Argent. nitr. mittels des ULTZMANNschen Katheters führen in kurzer Zeit völlige Heilung herbei.

Gründler-Dresden.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

WHITE. *A case of Keratosis follicularis.* 1889.
BRUNNER. *Das Leukerbad.*
SPINA. *Schablonenzeichnungen auf der Oberfläche der Niere und Leber.* 1889.
OLAVIDE. *Sur le traitement comparatif du lupus.* 1889.
BARDUZZI. *Therapia del psoriasi inveterato.*
— *Della sifilide pigmentaria.* 1889.
— *Roseola pitiriaca.* 1889.
— *Sulla profilassi publica delle sifilide.* 1883.
— *Sifilide cerebrala.* 1889.
PEYRON. *Inauguration du musée de l'hopital Saint-Louis.* 1889.
DU CASTEL. *Sur le Blennorrhagie.* 1888.
— *Traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée.* 1886.
— *Contribution a l'étude de l'angine syphilitique précoce.* 1888.



PRINGLE, Kongenitales Adenoma sebaceum.

Verlag von LEOPOLD VOSS in Hamburg (und Leipzig).

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. No. 6. 15. März 1890.

Über die Beziehung zwischen Impetigo herpetiformis (HEBRA und KAPOSI) und Dermatitis herpetiformis (DUHRING).

Von

LOUIS A. DUHRING, M. D.,
Professor der Dermatologie an der Universität von Pennsylvanien
in Philadelphia.

Da sich über die Berechtigung, Impetigo herpetiformis unter Dermatitis herpetiformis einzureihen, eine lebhafte Diskusion entsponnen hat und einige Meinungsverschiedenheiten zutage getreten sind, so möchte ich kurz meine Gründe darlegen, diese Ansicht ursprünglich vertreten zu haben.

Es erscheint angebracht, gleich im voraus zu konstatieren, daſs ich früher in meinen verschiedenen Mitteilungen über die Krankheit meine Beobachtungen hauptsächlich, wenn nicht ausschlieſslich, auf die Hauterscheinungen — auf die eigentliche Hautkrankheit — beschränkt habe, und zwar mit der Absicht, die Aufmerksamkeit auf die mannigfaltigen Phasen der Krankheit zu lenken. Man darf sagen, daſs bis jetzt nur den Symptomen allein Aufmerksamkeit geschenkt worden ist, und daſs die ebenso wichtigen, wenn nicht wichtigeren Fragen nach der Ätiologie und Pathologie augenblicklich absichtlich vernachlässigt werden. Bei allen seltenen oder wenig gekannten Affektionen muſs zuerst die Eruption selbst mit Einschluſs der Geschichte, Symptome, Entwickelung und Rückbildung in Betracht gezogen werden. Nachdem diese Punkte festgestellt sind, bieten sich, so weit als es das gerade vorliegende Material erlaubt, naturgemäſs die Fragen nach der Ursache und der Natur der Krankheit für die Forschung und die Diskussion dar. Auſser den von Zeit zu Zeit vorgelegten klinischen Bemerkungen und Beobachtungen war ich bestrebt, solche in der Litteratur zerstreute, vorläufig mitgeteilte Fälle und gewisse andere ähnliche Krankheitsformen, welche sich mir füglich unter einen Hut bringen zu lassen schienen, zu einer Gruppe zu vereinigen.

Verschiedene Umstände haben mich einige Zeit lang verhindert, meine Untersuchung über diesen Gegenstand fortzusetzen, und darin möge

man eine Entschuldigung suchen für meine scheinbare Gleichgültigkeit und Nachlässigkeit gegenüber dieser Frage.

Es sind jetzt 5 Jahre her, dafs ich zuerst die Aufmerksamkeit auf eine Hautkrankheit lenkte, welche bis dahin keine besondere Beachtung gefunden hatte. Eine Zahl von besonderen Krankheitsfällen der Haut waren von mir von Zeit zu Zeit vorübergehend beobachtet worden, welche alle im allgemeinen gewisse auffällige Merkmale in ihrem Gesamtbilde besafsen, — d. h. in ihrer ganzen Geschichte, inklusive die Rückfälle. Es gab augenfällig mehrere ganz verschiedene Varietäten der Affektion, wie sich bei einigen Fällen durch das entschiedene Überwiegen bestimmter Läsionen zeigte, gegenüber anderen Fällen, wo gerade differente Efflorescenzen die Oberhand hatten. Aber unter diesem Deckmantel der Mannigfaltigkeit und trotz des Zusammentreffens verschiedener Läsionen zu gleicher Zeit, oder solcher, welche von Zeit zu Zeit während des Verlaufes der Affektion erschienen, mufsten sich doch gewisse auffällige pathognomonische Symptome dem Beobachter aufdrängen und so die Existenz einer besonderen und unbeschriebenen Krankheit anzeigen. Wenn mir nur wenige Fälle in langen Zwischenräumen aufgestofsen wären, so würden diese Merkmale wohl nicht so leicht erkannt worden sein.

Da die durch jene Beispiele illustrierte Krankheit in der Praxis unbekannt war und noch keinen Platz in der Litteratur besafs, so schien es notwendig, ihr einen Namen zu verleihen. Die relativ grofse Zahl von Fällen, welche mir aufgestofsen waren, schienen ein solches Vorgehen zu rechtfertigen. Wegen des unbestimmten und schwankenden Charakters der Eruption, wegen ihrer auffällig verschiedenartigen Primärefflorescenzen und deren Verteilung und Anordnung, wie sie in den verschiedenen Formen oder Varietäten, bei welchen sie gewöhnlich erschienen, zutage traten, und überdies wegen ihres deutlich herpesartigen Charakters, wurde der Name Dermatitis herpetiformis gewählt. Der Begriff Dermatitis, welcher den Gedanken an eine weit ausgedehnte oder allgemeine und wechselnde Entzündung, die dabei auftrat, ausdrückte, und welcher nichts über die Ätiologie und Pathologie präjudizierte, schien besser als jeder andere, der sich darbot, den Anforderungen zu genügen; während eins der hervorstechendsten Merkmale durch das Wort herpetiformis ausgedrückt wurde. Auf diesen letzten Punkt möchte ich ganz besonders hinweisen und betonen, dafs das herpesartige Element in allen Fällen (jetzt ca. 20 an der Zahl) vorhanden gewesen ist, welche ich gesehen habe; in einigen Fällen sehr ausgesprochen, in anderen in mäfsiger oder nur schwacher Ausbreitung vorhanden.

Wie sich die Sache heute verhält, so ist die Krankheit genügend gut definiert, um leicht von allen Beobachtern diagnostiziert werden zu können, wofern typische Fälle vorliegen. Ich kann nicht einsehen, wie

ausgesprochene Formen, besonders wenn sie lange genug beobachtet werden, um die stets wechselnden Läsionen und das verschiedenartige Aussehen der Eruption wahrnehmen zu können, mit anderen, besser gekannten Affektionen verwechselt werden können.

Schlecht entwickelte, atypische Formen sind natürlich dem ausgesetzt, irrtümlich für gewisse andere Krankheiten gehalten zu werden, mit welchen sie mehr oder weniger Ähnlichkeit haben, insbesondere mit Erythema multiforme, Herpes Iris, Pemphigus und Ekzem, je nach den Anschauungen des Beobachters, gerade so wie bei anderen zweifelhaften Formen von Hautkrankheiten. So sind beispielsweise bekanntlich Meinungsverschiedenheiten in der Diagnose von Eruptionen, welche durch Blasenbildung charakterisiert sind, sehr häufig; während der eine Beobachter alle solche Erscheinungen als Varietäten von „Pemphigus" ansieht, spricht ein anderer bloſs von Fällen von „bullöser Erkrankung" — ein vager, nichts präjudizierender Ausdruck, welcher deutlich die Unlust des Beobachters zeigt, der Ansicht zu huldigen, daſs jede Blaseneruption notwendigerweise Pemphigus sein muſs.

Die Beziehungen zwischen Dermatitis herpetiformis und Erythema multiforme, Herpes Iris und Pemphigus bieten selbstverständlich sehr interessante und wichtige Fragen dar, auf die ich natürlich meine Aufmerksamkeit gerichtet hatte. Aber diese Gegenstände würden sich nur in einer weitläufigen Diskussion erörtern lassen. Hier wirft sich die Frage nach der Definition auf. Wie sollen beispielsweise diese Krankheiten — Erythema multiforme, Herpes Iris und Pemphigus — definiert werden? Welche Krankheitsbilder sollen in diese Namen eingeschlossen und welche ausgeschlossen worden? Sollen die altehrwürdigen, klassischen Definitionen fernerhin beachtet werden oder sollen neue gebildet werden, welche unsere erweiterten Anschauungen über jene Prozesse in sich aufnehmen? Auf diese Frage kann hier nicht eingegangen werden, auch will ich jetzt nicht über das Verhältnis von Dermatitis herpetiformis zu den eben angeführten Krankheiten sprechen, noch zu irgend welchen anderen mit Bläschen, Blasen oder Pusteln einhergehenden Affektionen, mit Ausnahme von einer, nämlich von Impetigo herpetiformis Hebrae.

Hier erlaube man mir einige Jahre zurückzugehen, um meine Stellung, Anschauungen und Gründe ins richtige Licht setzen zu können. Bekanntlich beschrieb Hebra 1872 eine schwere, pustulöse Hautkrankheit, von welcher mehrere Fälle im Verlaufe der Zeit im Wiener Allgemeinen Krankenhaus beobachtet worden waren. Die gegebene Beschreibung war kurz und der Gegenstand erregte in der gesamten dermatologischen Welt relativ wenig Aufmerksamkeit. Dermatologen in anderen Teilen Europas und in diesem Lande schienen in Verlegenheit zu sein, die Krankheit wiederzuerkennen und zu diagnostizieren. In den Vereinigten Staaten

schien sie nicht bekannt zu sein. Meine amerikanischen Spezialkollegen in den grofsen Städten, mit denen ich darüber sprach, waren nicht damit vertraut, auch war ich selbst nicht imstande, die HEBRAsche Beschreibung mit irgend einer der pustulösen Affektionen, die mir auf dem Beobachtungsfelde entgegentraten, zu identifizieren. Auch war die Krankheit weder in Frankreich, noch in England bekannt. Aufserdem bestand sogar in Wien eine ziemliche Verwirrung, wo kompetente Beobachter ganz und gar nicht derselben Meinung über die Krankheit und ihre Klassifikation waren. So sah HEBRA selbst dieselbe zuerst als zur Herpesgruppe gehörig an, und nannte sie „Herpes impetiginiformis", mit der Idee, dafs sie eine Art von Herpes wäre; später sah er sie als eine herpesartige Impetigo an. Auch wurde der Gegenstand nicht im wesentlichen aufgehellt durch die Publikation mehrerer Originalfälle HEBRAS durch AUSPITZ und durch GEBER, von denen ersterer sie als Herpes ansah und sie „Herpes vegetans" nannte, während auch der letztere sich bemühte, die Herpesnatur zu beweisen. Dann bezeichnete NEUMANN, der zweifellos mit HEBRAS Fällen bekannt war, dieselben mit Emphase als Herpes, und zwar als „Herpes pyämicus" oder „Herpes puerperalis." Sogar in dieser späteren Zeit war, trotz all dieser Publikationen der Wiener Dermatologen, der Gegenstand für die ausländischen Dermatologen noch ganz und gar nicht klar. Die übereinstimmende Meinung der Wiener Beobachter schien jedoch zu sein, dafs die Krankheit eine noch unbeschriebene Art von Herpes wäre, wie aus den von den verschiedenen Berichterstattern gewählten Namen erhellte. Auch wurde schliefslich die Sache nicht klarer gemacht durch HEBRA selbst, welcher behauptete, dafs der von ihm und BAERENSPRUNG als „Herpes circinatus" vorläufig mitgeteilte und in ihrem Handatlas abgebildete Fall auch ein Beispiel von derselben Krankheit, nämlich Impetigo herpetiformis wäre. Es braucht hier kaum nebenbei bemerkt zu werden, dafs, wenn die noch zu referierenden Ansichten, welche kürzlich von KAPOSI vorgetragen worden sind, angenommen werden, dieser besondere Fall von der Liste gestrichen werden mufs. Weitere Beispiele wurden damals nicht mitgeteilt, und die Sache verhielt sich eine Zeitlang ruhig.

In der Zwischenzeit waren in Philadelphia in dem Zeitraum von 1870 bis 1880 eine Reihe von Fällen einer unbekannten, entzündlichen, polymorphen Hautaffektion zu meiner Beobachtung gekommen — einige im Hospital, andere in der Privatpraxis. Unter diesen war einer, der, als ich ihn zuerst sah, mir (und auch anderen Ärzten, welche ihn sahen) ein Beispiel von Impetigo herpetiformis Hebrae zu sein schien. Er stellte offenbar einen schwächeren Grad jener Krankheit dar und zeigte die hauptsächlichsten klinischen Züge, wie sie auf einer der Abbildungen (Fall von 1871) in HEBRAS Atlas wiedergegeben sind. Die Ähnlichkeit war

frappierend. Die Hauterscheinungen waren mir ganz und gar neu, und konnte ich sie nicht anderswo klassifizieren.

Es handelte sich um eine Frau. Die Eruption war allgemein ausgebreitet, ausschliefslich pustulös (mit keinem Zeichen von erythematösen, urtikariellen, vesikulösen oder bullösen Läsioneu) und krustös; die Pusteln waren weifslich und gelblich und von verschiedener Gestalt und Gröfse, einige deutlich erhaben und etwas konisch oder abgerundet, andere flach; einige waren miliär, andere klein, erbsengrofs und einige gröfser; alle safsen auf mehr oder weniger entzündlicher Basis oder erhoben sich auf entzündlichen Flecken. Die Ernption, als Ganzes, war überdies herpesartig, da sie eine Verteilung und Anordnung in Gruppen zeigte, ähnlich derjenigen bei unvollkommen entwickeltem oder abortivem Herpes Zoster. Die Efflorescenzen selbst waren unregelmäfsig gruppiert, wie man manchmal in kleinen, umschriebenen Zostereruptionen wahrnimmt. Die centralen Pusteln, oft zu 2, 3 oder 4 zusammengestellt, waren klein, aber von verschiedener Gröfse; die älteren waren mehr oder weniger krustös und waren eng, wenn auch nicht vollständig, von frischen, gröfstenteils spärlich verteilten, flachen, stecknadelkopfgrofsen Pusteln eingeschlossen. Hier und da war auf den Flecken aufserdem eine ausgesprochene Pigmentierung, überdies allgemeines Unbehagen und abwechselndes Hitze- und Kältegefühl, welches aber kaum zu einem Frostschauer anstieg. Schliefslich gab es Hitze und Brennen und etwas Jucken, aber frische Kratzeffekte waren nicht deutlich zu sehen. Kurz, der Fall besafs, so weit als die Haut in Betracht kam, die Hauptcharaktere von HEBRAS Impetigo herpetiformis, und diese Diagnose wurde demgemäfs gestellt. Die Krankheit bestand weiter, indem die Eruption von neuem in einer Aufeinanderfolge von Schüben mit derselben Art von Efflorescenzen auftrat, und innerhalb 6 Monaten verschwand sie, um jedoch von einem durchaus verschiedenen dermatologischem Bilde ersetzt zu werden, — von einem, mit dem ich sehr vertraut war, nämlich, von einer polymorphen, gemischt vesikulären und bullösen, entzündlichen herpesartigen Eruption, verbunden mit starkem Brennen und Jucken oder, mit einem Worte, von der typischen Form der Dermatitis herpetiformis. In der Folgezeit kehrte die frühere, impetiginöse, oder genauer, pustulöse Form wieder zurück, und zwar genau in derselben Weise wie zuvor; und während des nächsten Jahres wurde die Eruption wieder vesikulär und bullös.

Jetzt, nach mehrjähriger Beobachtung, war nur ein Schlufs zu ziehen, — dafs nämlich diese verschiedenen Hautsymptome alle zu einem einzigen pathologischen Zustande gehörten, dafs sie einfach Varietäten oder Formen eines einzigen Prozesses waren. Andere ähnliche Fälle kamen mir später zu Gesicht, welche mich in dieser Ansicht bestärkten, und ich drückte

mich demgemäſs so aus, daſs HEBRAS Impetigo herpetiformis (wie ich diese Krankheit nach HEBRAS Beschreibung und Abbildung verstand) wohl als eine pustulöse Form einer ausgebreiteten, polymorphen (erythematösen, vesikulären, bullösen und pustulösen), herpesartigen Hautkrankheit angesehen werden kann. Überdies schien diese Anschauung durch einen Fall von „Impetigo herpetiformis und Pemphigus", von HEITZMANN in New York mitgeteilt, unterstützt zu werden. Denn, nachdem dieser Fall mehrere Monate hindurch die charakteristischen Hautsymptome von HEBRAS Krankheit gezeigt hatte, wandelte er sich plötzlich aus einer pustulösen in eine bullöse Affektion um, so daſs die Blasen in jeder Hinsicht denjenigen bei Pemphigus glichen. Aus diesem Falle zog HEITZMANN den Schluſs, daſs beide Krankheiten durch identische Ursachen entstanden und als mit einander verwandt angesehen werden müſsten.

Es soll noch hinzugefügt werden, daſs in diesem Falle die Krankheit nicht in Verbindung mit Schwangerschaft auftrat, und daſs keine Ursache für ihr Vorhandensein bezeichnet werden konnte, da die Patientin eine augenscheinlich gesunde Frau von 52 Jahren war. Nichtsdestoweniger nahm die Krankheit in ca. 8 Monaten von dem Beginne an einen tödlichen Verlauf, nachdem gegen das Ende Ödem der Meningen aufgetreten war. Es kann hier kaum die Diagnose Impetigo herpetiformis in Frage gezogen werden, denn Dr. HEITZMANN hatte nicht nur drei von HEBRAS Fallen in Wien gesehen, sondern hatte auſserdem noch die Porträts, welche diese Krankheit in HEBRAS Atlas illustrieren, gemalt.

Die Sache blieb in statu quo, bis meine verschiedenen Mitteilungen erschienen und später KAPOSIS wertvoller Beitrag zur Impetigo herpetiformis im Jahre 1887, in welchem die Beziehungen dieser Krankheit zu einigen anderen Affektionen (incl. Dermatitis herpetiformis) diskutiert werden. Durch diesen letzteren Artikel erhält man eine befriedigendere Idee von dieser Krankheit, als durch irgend eine der vorhergehenden Publikationen. Der Gegenstand wird in einem anderen, wenn nicht in einem neuen Lichte dargestellt und wird gesichert durch das Heranziehen von neueren Beobachtungen, wodurch wir in den Stand gesetzt werden, zu erkennen, was der Autor als Impetigo herpetiformis angesehen wissen will. Wenn nun diese Definition angenommen werden muſs und nur auf solche Fälle, wie sie der Autor referiert, zu beschränken ist, so gebe ich zu, daſs es fraglich ist, ob die Krankheit als eine Varietät von Dermatitis herpetiformis angesehen werden soll. Wenn die Definition streng auf solche Fälle (incl. ihre Natur) anzuwenden ist, wie KAPOSI es verlangt, so würde die Sachlage einfach sein, aber andere Beobachter dieser Krankheit (oder einer solchen Affektion, welche sie für dieselbe

halten) stimmen nicht ganz mit dem Wiener Dermatologen überein. Nach KAPOSI ist die Krankheit unveränderlich charakterisiert durch oberflächliche miliäre Pusteln, welche als solche auftreten und während ihres ganzen Verlaufes als solche bestehen bleiben, stets in Gruppen und Haufen angeordnet sind, während neue Efflorescenzen an dem Rande älterer, mit Krusten bedeckter, zusammengeflossener Pusteln in einer oder in mehrfachen Reihen auf entzündeter Basis erscheinen, wogegen im Centrum Heilung eintritt; aufserdem tritt die Krankheit nur bei Schwangeren oder Wöchnerinnen auf und wird von Frostschauern und ausgesprochenem Fieber begleitet und ist beinahe stets tödlich. Diese Definition ist klar und einfach genug, aber schliefst sie alle Krankheitsformen ein? Ist sie genügend weit? Die Frage kann mit Recht aufgeworfen werden: ist es passend, die Definition so eng zu machen? vermag die Krankheit nicht von diesem Typus abzuweichen? mufs sie unveränderlich gerade diese genauen Merkmale an sich tragen? sind z. B. die Pusteln immer miliär und von Anfang bis zu Ende? können sie nicht an Gröfse schwanken und insbesondere nicht beträchtlich umfangreicher sein? Gewifs zeigt eine Abbildung dieser Krankheit in HEBRAS Atlas (der schon oben erwähnte Fall von 1871) ganz und gar nicht eine miliäre Eruption; im Gegenteil — nicht nur sind einige Pusteln grofs, sondern sie variieren noch überdies beträchtlich an Umfang; auch ist ihre Anordnung und Art, sich zu verbreiten oder auszudehnen, nicht so, wie die in den anderen Fällen geschilderte, nämlich peripherisch, wie beim Herpes circinatus. Ferner möchte ich hierbei bemerken, dafs ich es schwer finde, diese Abbildung mit KAPOSIS Beschreibung von der Eruption in Einklang zu bringen, und schliefslich, dafs ich es hauptsächlich mit Bezug auf diese Illustration wagte, die Meinung von der Identität eines meiner Fälle (desjenigen von ANNIE McC., *Journ. of Cut. and Ven. Dis.* Vol. II. No. 8) mit der abgebildeten Krankheit auszusprechen. Wenn KAPOSIS Ansichten angenommen werden, so kann HEITZMANNS schon referierter Fall nicht als Impetigo herpetiformis angesehen werden, obgleich es, wie vorhin bemerkt, nach der Thatsache, dafs HEITZMANN Gelegenheit hatte, mehrere von HEBRAS Originalfällen zu sehen, scheinen will, dafs er mit der Sache sehr bekannt sein mufs. Auch kann ZEISLERS Fall (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887. No. 21) von sogenannter „Impetigo herpetiformis", welchen er, Dr. HYDE und andere für ein Beispiel von der HEBRA-KAPOSIschen Krankheit hielten, nicht als solche angesehen werden.

Man kann weiter fragen: weist Impetigo herpetiformis in allen Fällen dieselben schweren Allgemeinsymptome und einen Verlauf auf, der in beinahe jedem Falle mit Tod endet? Solche Symptome und ein solcher

Ausgang können mit Sicherheit im voraus angenommen werden, wenn es allgemein zugegeben wäre, daſs die Ursache in allen Fällen Septikämie wäre, — daſs die Krankheit immer septikämischen Ursprungs wäre. Aber können nicht verschiedene Ursachen dieselben Hauterkrankungen hervorrufen, nicht nur hier, sondern auch anderswo, wie in dem Falle von gewissen anderen Hautaffektionen, wie z. B. Ekzem? Vor nicht sehr langer Zeit hielt KAPOSI dafür, daſs die Krankheit ausschlieſslich bei Frauen vorkäme, aber kürzlich hat er selbst Mitteilungen über einen Fall bei einem Manne gemacht. Durch diese Bemerkung möchte ich bloſs zu verstehen geben oder andeuten, daſs unsere Definitionen nicht zu enge Grenzen ziehen sollten. Die meisten Beobachter werden mir zugeben, daſs, je mehr unsere Erfahrungen in der Dermatologie wachsen, wir um so mehr in jeder Hinsicht das Bedürfnis nach mehr Breite oder Ausdehnung empfinden. Eine Ausbreitung entwickelt sich früher oder später in beinahe allen Fällen, welche wir beobachteten.

Ich war auf diese Weise bemüht, eine gedrängte historische Skizze von der Impetigo herpetiformis zu entwerfen und auch insbesondere meine Gründe vorzulegen, in meinen früheren Artikeln sie als *eine* Erscheinungsform eines besonderen, polymorphen, ausgebreiteten Prozesses mit dem Namen Dermatitis herpetiformis angesehen zu haben. Ob ich mit dieser Anschauung Recht oder Unrecht hatte, ist eine Frage, die meiner Meinung nach hauptsächlich von der Definition abhängt, welche der Impetigo herpetiformis zuerkannt wird. Hier möchte ich bemerken, daſs es weit von mir entfernt ist, die Beobachtungen des ausgezeichneten Wiener Dermatologen zu unterschätzen, dessen ausgedehnte und einzige Erfahrung über Impetigo herpetiformis eine gebührende Beachtung seiner Mitteilung verlangt. Mein Wunsch ist von Anfang an einfach der gewesen, die wahre Stellung, welche jene Krankheit einnimmt, herauszufinden und insbesondere ihre Verwandtschaft mit anderen ähnlichen Affektionen zu präzisieren. Ich möchte nebenbei erwähnen, daſs, wenn KAPOSIS Artikel zur Zeit meiner verschiedenen Mitteilungen veröffentlicht worden wäre, ich wahrscheinlich bis zu einem bestimmten Grade die Schlüsse, welche die Identität beider Affektionen betrafen, eingeschränkt haben würde.

Um diese Bemerkungen abzuschlieſsen, möchte ich sagen, daſs ich immer der Meinung gewesen bin, daſs alle Diskussionen, welche Verwirrung anstiften können, lieber vermieden werden sollten. Und das empfinde ich gerade sehr in diesem vorliegenden Falle, welcher die Verwandtschaft von den beiden Eruptionsformen, welche den Gegenstand dieses Artikels ausmachen, betrifft. Die Sache kann nur durch ausführliche, von kompetenten Forschern mitgeteilte Beobachtungen entschieden werden, und es ist für zukünftige Studien und Deduktionen sehr wichtig, daſs die Fälle mit solchen Namen versehen werden, welche den klarsten

Begriff von dem klinischen Bilde liefern. Mit Rücksicht also auf die bestehende Meinungsverschiedenheit, und damit gar keine Schranke den Fortschritt hemme, wird es vielleicht zum Vorteil für die Sache gereichen, wenigstens für jetzt die Krankheiten zu trennen und in Zukunft die Beobachtungen unter der oder der anderen Bezeichnung mitzuteilen, je nachdem sie mit den klinischen Thatsachen des Falles am besten harmonieren. —

(Übersetzt von Dr. PHILIPPSON-Hamburg.)

Über den akuten kontagiösen Pemphigus.

Von

Dr. KNUD FABER
in Kopenhagen.

Die meisten Verfasser sind gegenwärtig darin einig, zwei Formen des akuten Pemphigus aufzustellen. Die eine Form tritt unter dem Bilde einer akuten Infektionskrankheit auf, indem sie plötzlich mit hochgradigem Fieber beginnt, unter welchem sieh ein ausgedehntes Pemphigusexanthem und häufig zugleich Enanthem entwickelt. Nach wiederholten Ausbrüchen, denen eine starke Temperatursteigerung unmittelbar vorhergeht, endet die Krankheit durch Heilung oder Tod, der besonders bei bösartigen brandigen Zufällen recht häufig eintritt. Die andere Form ist eine weit gutartigere Krankheit. Da sie wesentlich bei neugeborenen Kindern auftritt und bei Erwachsenen nur als von jenen übertragen bekannt ist, wird sie P. neonatorum genannt. Im Gegensatz zu der ersten Form zeichnet diese sich dadurch aus, daſs sie ausgesprochen ansteckend ist und ohne oder mit sehr geringem Fieber verläuft. Wenn kleine Kinder dann und wann daran sterben, nimmt man in der Regel als Ursache die Verbreitung des Exanthems über einen groſsen Teil der Oberfläche des Körpers an.

In der Entbindungs- und Pflegeanstalt zu Kopenhagen ist diese Krankheit seit einer Reihe von Jahren endemisch; denn man hat dort jährlich 10 bis 20 Fälle beobachtet, teils sporadisch, teils in kleinen Epidemien. Durch das Wohlwollen des Herrn Professor STADFELDT habe ich Gelegenheit bekommen, folgende kleine Epidemie in der Pflegeanstalt zu beobachten und zu untersuchen.

Nachdem im Laufe einiger Monate ein paar sporadische Zufälle zu tage getreten waren, wurden in den Tagen vom 15.—17. Novbr. 1889 drei nebeneinander liegende Kinder ergriffen. Die Krankheit begann bei zweien ganz auf dieselbe Weise mit dem Erscheinen von Blasen, etwas gröfser als ein Markstück, mit ganz dünnen Wänden und klarem Inhalt, der jedoch bald trübe und schwach gelblich wurde. Diese Blasen barsten schon am ersten Tage und hinterliefsen eine rote wunde Fläche, an deren Rande die zerfetzte Epidermis die zersprungene Bulla angab. Der Ausbruch begann bei beiden Kindern am Kinn und erstreckte sich bis auf den Hals. Die Blasen safsen so dicht, dafs sie schnell zu einer grofsen wunden Fläche zusammenliefen. Im Laufe von acht Tagen verbreitete der Ausbruch sich bei dem zuerst angegriffenen, sechs Wochen alten Kinde hinab auf den Rumpf und die Beine, aber die Blasen waren hier mehr zerstreut, so dafs sie nicht zusammenliefen, sondern sich nach dem Bersten als vereinzelte rote Flecke zeigten. Es zeigten sich täglich ein paar neue Blasen am Rumpfe oder am Kopfe, während die älteren heilten oder verblichen. Am Halse und am obersten Teile des Körpers, wo der Ausbruch am stärksten gewesen war, blieb die Haut fortwährend rot und wund, und am 23. November trat eine teilweise blätterige Abschilferung ein. Aufser dem Halse und dem Kinn wurden bei dem zweiten, $2^1/_2$ Monat alten Kinde der rechte Arm und die Finger der rechten Hand mit Blasen besetzt; zudem zeigten sich einzelne Blasen am Rumpfe und mehrere am Kopfe. Hier zeigten sie eine etwas verschiedene Beschaffenheit; sie gingen schnell auf, besonders an den behaarten Teilen, aber die Blase blieb liegen und bildete einen dünnen schwach gelblichen Schorf. Das dritte, zuletzt angegriffene, drei Wochen alte Kind bekam nur eine einzige grofse Pemphigusblase an einem Beine und war wenige Tage darnach gesund. Keines der Kinder hatte Bullae an den Handflächen oder Fufssohlen. Das Allgemeinbefinden litt nur wenig unter der Krankheit. Auf ihrem Höhepunkte war die Temperatur des ersten Kindes 38,2, die des zweiten 37,3. Da man den 24. November anfing, sie mit Seifenbädern zu behandeln und die sich abschuppenden Teile mit Teersalbe, verschwand die Krankheit in wenigen Tagen und hinterliefs eine unversehrte Haut.

Bezüglich des Ursprunges der Krankheit wurde festgestellt, dafs die Mutter des zuerst angegriffenen Kindes den 12. Novbr., also 3 Tage vor der Erkrankung des Kindes, Ausschlag auf einer Wange bekommen hatte. Den 19. Novbr. zeigte es sich, dafs derselbe in 2—3 graulichen Impetigokrusten von der Gröfse einer Erbse bis zu etwa einem Pfennigstück bestand. Einige safsen, als ob sie einen Teil eines Ringes bildeten, der jedoch nicht deutlich hervortrat. Im Laufe einer Woche fielen die Krusten ab, ohne eine andere Spur als eine leichte Rosafarbe auf der Haut zu hinterlassen.

Außer ihrem eigenen Kinde hatte sie auch das zweite, ebenfalls zuerst auf dem Kinn angegriffene, kurz vor dessen Erkrankung gesäugt, und das dritte Kind lag im Bette nebenan. Es lag daher ein Grund vor, einen Zusammenhang zwischen der Krankheit der Mutter und der der Kinder zu vermuten; dies wurde noch einleuchtender, als das zweite Kind, nachdem es zu seiner eigenen Mutter zurückgekommen war, bei dieser eine ähnliche Affektion hervorrief. Den 21. November merkte die Mutter nämlich an dem untersten Teile ihrer Wange einen kleinen roten Fleck, aus dem sich sehr schnell eine Bulla bildete, die aufging und eine leicht gelbliche Kruste etwa von der Größe eines Pfennigstückes hinterließ. Nachdem dieselbe entfernt war, entstand sie schnell wieder, und in den folgenden Tagen verbreite der Fleck sich etwas mit einem roten leicht erhobenen, konvexen Rande; die Kruste wurde dick, gelblich, und als sie am 26. November abfiel, hinterließ sie nur eine rosafarbige, leicht erhabene Fläche, die schnell vollständig verschwand. Gleichzeitig hatte sich eine ähnliche gelbe, aber etwas kleinere Kruste an der Unterlippe gebildet; diese fiel nach einigen Tagen ab, indem sie sich zuerst in der Mitte löste. Eine mikroskopische Untersuchung ergab, daß die Krusten fast ausschließlich aus Epidermiszellen bestanden; nur wenig Detritus und Eiterzellen waren damit vermischt. Trotz einer sorgfältigen Untersuchung ließ sich kein Pilzmycelium darin entdecken.

Nachdem die angegriffenen Kinder und Mütter isoliert worden, trat kein neuer Zufall auf.

Es ist so bekannt, daß der Pemphigus bei den Neugeborenen eine in Epidemien auftretende, ansteckende Krankheit ist, daß diese kleine Epidemie in der Hinsicht nichts Neues lehrt. Eigentümlich ist indessen der Charakter, den die Krankheit bei den Erwachsenen annam; denn hier hatte sie vollständig das Aussehen und den Verlauf der unter dem Namen Impetigo contagiosa beschriebenen Krankheit. Daß die Krankheit dieselbe ist, wie die der Kinder, läßt sich nicht leugnen, dazu war die unmittelbare Übertragung (durch Küssen) von der Mutter auf die Kinder und von diesen auf die andere Mutter allzu augenfällig. Es entsteht dann die Frage, ob die Kinder an einem echten Pemphigus litten. Dafür bürgt indessen die Autorität des Herrn Professor STADFELDT, der erklärte, die Krankheit sei ein typischer Pemphigus, wie er sich seit vielen Jahren in der Anstalt zeige. Man wird daher natürlich zu der Vermutung veranlaßt, daß der Unterschied, der zwischen dem P. neonatorum und der Impetigo contagiosa gemacht wird, unberechtigt ist; es ist dieselbe Krankheit, die nur in den verschiedenen Altern mit verschiedenem Habitus auftritt. Um zu zeigen, wie gut diese Auffassung mit dem übereinstimmt, was bis jetzt von den zwei Krankheiten bekannt ist, ist ein kurzer Vergleich derselben nötig.

Seitdem TILBURY FOX 1864 zum erstenmale die Impetigo contagiosa beschrieb und ihr seinen Namen gab, hat diese Krankheit sich nach und nach einen allgemein anerkannten Platz in dem pathologischen Systeme erkämpft. Es steht teils wohl wegen des Namens der gelbe Schorf im letzten Stadium als das Charakteristische der Krankheit im allgemeinen Bewufstsein, während das von FOX übrigens (*Skin diseases*. 3. Edit. London 1873. pag. 224) klar beschriebene bullöse erste Stadium weniger beachtet wird. In den letzteren Jahren hat sich eine entgegengesetzte Auffassung geltend gemacht, namentlich hat UNNA (Über die Impetigo contagiosa [Fox]. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1880. pag. 13) hervorgehoben, dafs die Krankheit anatomisch als ein Pemphigus betrachtet werden mufs, weil sie mit Bullae beginnt, die erst durch Schorf ersetzt werden müssen, so dafs die Benennung Impetigo unberechtigt ist, weil dieselbe ein pustulöses Leiden andeutet. E. PONTOPPIDAN (Beretning fra Komunehospitalets Poliklinik for Hudsygdomme og veneriske Sygdomme. *Hospitalstidende*. 1885. pag. 301. — Pemphigus acutus contag. adultorum. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1885. pag. 275), der in der Polyklinik des Komunehospitals zu Kopenhagen im Laufe von zwei Jahren etwa 20 Fälle beobachtet hat, geht einen Schritt weiter und benennt die Krankheit Pemphigus acutus contagiosus adultorum. Er betrachtet sie als dem Pemphigus neonat. vollständig nebengeordnet und sagt, dafs man vielleicht diese zwei Krankheiten in Verhältnis zu einander bringen könnte.

Anderseits hat man allgemein übersehen, dafs sich auch bei dem Pemphigus kleiner Kinder dann und wann Schorf bildet. Wenn man die Beschreibung der gröfseren Epidemien durchliest, die unsere gegenwärtige Auffassung dieser Krankheit wesentlich geschaffen haben, findet man die Schorfbildung an vielen Stellen erwähnt. So sagt MOLDENHAUER (Ein Beitrag zur Lehre vom Pemphigus acutus. *Archiv f. Gynäkologie*. Bd. VI. 1874. pag. 369), der 1872—73 in Leipzig eine Epidemie von 101 Fällen beobachtete, dafs die meisten Blasen sehr schnell aufgingen, während andere eine viel dickere Epidermis hatten, sich etwas länger hielten und zu einem recht dicken Schorf vertrockneten. HERVIEUX (*L'union médicale*. 1868. No. 30. pag. 374), der in einer Entbindungsanstalt eine Epidemie von 150 Fällen sah, führt an, dafs in einer Minderzahl von Fällen die ihrer Epidermis beraubte Haut eine Flüssigkeit ausscheidet, die verschorft. Näheres sagt er über diese Zufälle nicht, aber es findet sich ein Wink in seiner Kasuistik. Er veröffentlicht nämlich 16 an einem Tage eingetretene Fälle, die meisten bei wenige Tage alten Kindern, aber einen bei einem 8 Monate alten, und nur bei letzterem wird bemerkt, dafs sich am Kopfe 20—30 Krusten von einem Durchmesser von etwa einem 50 Centimesstück befanden, die sich nach Blasen

gebildet hatten. Damit stimmt überein, daſs das einzige der 3 von mir beobachteten Kinder, bei dem auf Blasen Krusten folgten, 2½ Monate alt war; auch hier fanden sie sich nur am Kopfe. In einer Beschreibung des akuten Pemphigus in *von Ziemssens Handbuch* sagt WEYL (Hautkrankheiten. I. 1883. pag. 529) klar, daſs der Pemphigus, wenn er auf ältere Kinder und Erwachsene übertragen wird, Schorf bildet und dann das klinische Bild der sogenannten Impetigo cont. hervorbringen kann, die er sonst als eine Form von Herpes tonsurans auffaſst.

Es ist ein so groſser Unterschied zwischen der Epidermis eines Säuglings und der eines älteren Kindes, daſs es nicht wundern kann, wenn dieselbe Ursache eine verschiedene Wirkung erzeugt. Der abblätternden Psoriasis palmaris der Erwachsenen entspricht bei den Neugeborenen der syphilitische Pemphigus palmaris. Eine anatomische Betrachtung kann daher die beiden hier beschriebenen Krankheiten sehr wohl als identisch auffassen. Der Unterschied liegt nur darin, daſs die ältere Epidermis mit sehr stärkerer Neubildung reagiert als die jüngere. Die Borken bei Impetigo sind nämlich, wie PONTOPPIDAN und ich bei mikroskopischer Untersuchung gefunden haben, nicht aus ausgetrocknetem Sekrete, sondern aus Epidermiszellen gebildet. Auch im Verlauf derselben ist auſserordentlich groſse Ähnlichkeit. Sie sind beide gleich gutartig; bei beiden wird dann und wann Steigen der Temperatur und Unwohlsein während des Ausbruchs beobachtet; sie heilen beide spontan nach Verlauf von höchstens 4 bis 6 Wochen, und die Anfälle ziehen sich bei beiden Krankheiten nur dadurch so lange hin, daſs stoſsweise neue Ausbrüche kommen. Sie sind ferner beide sehr ansteckend und übertragen sich besonders durch unmittelbare Berührung von Haut zu Haut. Wie die Hebammen groſse Pemphigusepidemien hervorrufen können, indem sie den Ansteckungsstoff von einem Kinde zum andern tragen, so tritt die Impetigo cont. am häufigsten in groſsen Epidemien bei den etwas älteren Kindern durch die Impfung auf. Die Empfänglichkeit scheint doch am gröſsten bei den Neugeborenen. Beide verpflanzen sich nur schwierig auf Erwachsene.

Die von mir beobachtete Epidemie ist, wenn vielleicht auch zu klein zu einem Beweise für die Identität, doch sehr sprechend. Auſser ihr und den oben erwähnten Äuſserungen von WEYL kann als Stütze angeführt werden, daſs TH. JACKSON (*New York Medical Journal.* Novbr. 1887) in der Beschreibung einer Impetigo cont. eine Bullenform bespricht, die vom Pemphigus nicht zu unterscheiden ist, die aber durch Ansteckung von Kindern mit typischer Impetigo entstehen. Er hat vier Fälle gesehen, er sagt nicht ausdrücklich, daſs es Säuglinge gewesen seien; dieses scheint aber für drei derselben daraus hervorzugehen, daſs sie sich in einer Pflegeanstalt befanden; das vierte wurde von einem älteren Bruder

angesteckt. In diesem Zusammenhange ist ferner eine Epidemie von Interesse, welche KLEMM (Zur Kenntnis des Pemphigus contagiosus. *Deutsches Archiv f. klin. Med.* IX. pag. 199) 1870 in Leipzig beobachtete, also kurz vor der dortigen grofsen, von MOLDENHAUER beschriebenen Epidemie. KLEMM sagt, dafs viele Kinder in Leipzig angegriffen gewesen seien, beschreibt näher aber nur die von ihm beobachteten 26 Fälle, die alle in zwei nebeneinandergelegenen, von armen Familien bewohnten Häusern vorkamen. Drei Erwachsene wurden angegriffen, aber die übrigen waren Kinder, fast alle unter acht Jahren. Unter etwas Unwohlsein zeigten sich Ausbrüche von Pemphigusblasen, die schnell zersprangen und verschorften. Der Schorf wurde zuletzt über der wiederhergestellten Epidermis abgestofsen. Die Blasen safsen besonders im Gesichte und an dem behaarten Teile des Kopfes, wo sie kleiner waren; selten safsen sie am Rumpfe, wo sie gröfser waren. KLEMM nennt die Krankheit Pemphigus contagiosus. Wäre die Impetigo contagiosa damals eine bekannte Krankheit gewesen, und hätte der Name Pemphigus neonatorum Bürgerrecht bekommen, hätte er sie möglicherweise Impetigo genannt; denn man braucht in seiner Beschreibung nur der Schorfbildung etwas mehr Nachdruck zu geben, um ein typisches Bild von dieser Krankheit zu bekommen. Der Sitz der Eruption im Gesichte und der abweichende Charakter der Blasen auf dem behaarten Teile des Kopfes und am Rumpfe werden eben als charakteristisch für die Impetigo cont. hervorgehoben. Und dennoch ist alle Wahrscheinlichkeit dafür, dafs es dieselbe Epidemie ist, die sich in den Jahren 1872—74 in Leipzig fortsetzte und MOLDENHAUER Material zu seiner Beschreibung gab.

Aus dem hier Entwickelten wird man sehen, dafs es unmöglich ist, eine bestimmte Grenze zwischen den beiden Krankheiten zu ziehen. Trifft man die Zufälle in Entbindungsanstalten, wo ganz junge Säuglinge immer in der Mehrzahl sein werden, wird die Krankheit Pemphigus genannt, selbst wenn bei einigen derselben Schorfbildung vorkommt; trifft man sie in Familien oder in ambulatorischen Kliniken, dann ist die Zahl der älteren Kinder vorherrschend, und die Krankheit wird als Impetigo diagnostiziert, selbt wenn die Schorfbildung in einzelnen Fällen fehlt. Man wird daher nur an Klarheit gewinnen, wenn man die doppelte Benennung aufgibt und alle Zufälle Pemphigus contagiosus nennt; denn es dreht sich nur um eine Krankheit.

Wenn wir darauf nach der Natur dieser Krankheit fragen, sehen wir, dafs sich wesentlich zwei Auffassungen geltend gemacht haben, indem man sie als eine örtliche Hautkrankheit, eine Mykose ohne allgemeine Infektion betrachtet hat; oder auch man hat sie als allgemeine Infektionskrankheit mit bullösem Exanthem angesehen und sie dadurch mit der Variola, den Varicellen und dem akuten febrilen Pemphigus in

eine Klasse gebracht. Diese letztere Ansicht wird von WEST und KLEMM (Pemphigus) und von STELWAGON (Impetigo) verfochten (U. W. STELWAGON, Impetigo contagiosa, its individuality and nature. *Med. News.* Dezbr. 1883). Die Beweisgründe sind bei allen dieselben: der einigermaſsen typische zur spontanen Heilung hinneigende Verlauf, das ganz sicher unbeständige und leichte Fieber mit Unwohlsein währen des Ausbruches. Namentlich ist die Ähnlichkeit mit den Varicellen groſs; denn auch hier ist das Fieber und das allgemeine Leiden unbeständig, und man sieht oft wiederholte Ausbrüche von Blasen, die sich sowohl hier, wie beim Pemphigus, durch Selbstüberimpfung vom ersten Ausbruche erklären lassen. Der Pemphigus ist nämlich überimpfbar; bei Erwachsenen jedenfalls doch nur schwierig. MOLDENHAUER und HERVIEUX bekamen beide dabei nur ein einziges positives Ergebnis neben vielen negativen. Beidemale kam an der Impfungsstelle nach kurzer Zeit (9 Stunden, MOLDENHAUER) eine einzige Pemphigusblase hervor. Andere haben die Übertragung der Krankheit vergebens versucht, und ich habe aus einer frischen Blase eines der angegriffenen Kinder mich selbst kutan und subkutan geimpft, ohne eine Spur von Reaktion zu erzielen. TILBURY FOX hat bei der Impetigo cont. häufig positive Ergebnisse erreicht, und wenn sie als Komplikation bei der Vaccination auftritt, ist in der Regel anzunehmen, daſs sie mit der Vaccine eingeimpft ist.

Die Auffassung der Krankheit als Infektionskrankheit würde eine Stütze bekommen, wenn nachgewiesen werden könnte, daſs ein überstandener Ausbruch Immunität gewährte; es findet sich indessen selten Gelegenheit zu solchen Beobachtungen. Bei der Epidemie in der Entbindungsanstalt war ein Verhältnis, das darauf hindeuten konnte. Wie oben beschrieben, steckte eines der stark angegriffenen Kinder seine Mutter an, die zugleich ein anderes Kind säugte. Obgleich sie nun fortfuhr dieses Kind zu warten, und dieses demnach reichlich Gelegenheit hatte angesteckt zu werden, sowohl von seiner Amme als von dem kranken Kinde, wurde es doch nicht von der Krankheit ergriffen. Dagegen hatte es zwei Monate früher ein paar groſse typische Pemphigusblasen im Gesichte gehabt. Dieses könnte, wie gesagt, auf eine erworbene Immunität hindeuten; aber folgender Zufall zeigt nach einer entgegengesetzen Richtung hin. Den 3. August zeigte sich bei einem drei Wochen alten Säuglinge in der Pflegeanstalt eine groſse geborstene Pemphigusblase an einem Finger. Das Kind ward bald wieder gesund; aber zwei Monate darnach, den 10. Oktober, bekam es einen starken Ausbruch von Blasen im Gesichte, am Rumpfe und an den Gliedmaſsen, und starb den Tag darnach. Der Sektionsbefund zeigte nichts Krankhaftes auſser dem Exanthem. Hier ist offenbar keine Immunität; aber der erste Anfall bestand allerdings nur in einer einzigen Blase.

Die häufige unmittelbare Übertragung der Krankheit von Haut zu Haut und die Neigung, welche der Impetigoschorf zuweilen hat, sich ringförmig zu verbreiten, haben dazu geführt, daſs man ihn als eine Mykose auffaſst, und es ist auch dann und wann gelungen, Pilzelemente in dem Schorf zu finden. Die Entdeckung des Trichophyton tonsurans darin durch GEBER (Über das Wesen der Impetigo contagiosa [FOX] oder parasitaria [KOHN]. *Wiener med. Presse.* 1867. No. 23—24) bei einem Patienten, der auſser einer Impetigo cont. einen Herpes tonsurans hatte. LANG, KAPOSI, WEYL u. a. haben sich später GEBER angeschlossen und Impet. cont. als eine bullöse Form des Herpes tonsurans aufgefaſst. Sei es nun, daſs wirklich eine solche Form besteht, oder daſs die zu Grunde liegenden Beobachtungen mehr als zufälliges Auftreten des ansteckenden Pemphigus bei Herpeskranken zu erklären sind, so scheint es doch abgemacht, daſs der allgemeine kontagiöse Pemphigus, ob er sich nun verschorft oder nicht, nichts mit dem Herpes zu thun hat; denn gar zu viele haben vergebens nach dem Schwamme gesucht, und selbst wenn ein Ausbruch auf dem Kopfe vorkommt, sieht man nicht, daſs die Haare leiden, wie bei dem Herpes tonsurans. Es wäre auch undenkbar, daſs die Krankheit beständig in der Entbindungsanstalt herrschen könnte, ohne je deutlich als Herpes hervorzutreten. Wenn diese Krankheit dann und wann dort angetroffen wird, ist es bei Patienten, die vor ihrer Aufnahme daran gelitten haben, oder bei Kindern, die von solchen Patienten angesteckt sind.

Obgleich man keinen Schimmelpilz nachweisen kann, könnte die Krankheit indessen doch eine örtliche Infektion, z. B. bakterieller Natur, sein, wie die Akne und die Furunkulose. In der letztern Zeit hat man denn auch in den Pemphigusblasen Bakterien gesucht und gefunden.

Die ersten Untersuchungen GIBIERS und DEMMES drehten sich um akuten febrilen Pemphigus bei älteren Patienten und haben daher keine Bedeutung für unsere Frage. Dagegen untersuchte STRELITZ (*Archiv f. Kinderheilkunde*. XI. Bd. 1889. pag. 7) einen Fall von akutem, febrilem Pemphigus bei einem 15 Tage alten Kinde. Aus einer Blase züchtete er zwei Staphylokokken, von denen der eine goldgelb auf Agar wuchs, der andere weiſs war. Beide machten Gelatine flüssig, aber nur in geringer Ausdehnung. Mäuse, die damit geimpft wurden, (mit beiden?) starben am 5. bis 6. Tag, ohne Zeichen von Pemphigus zu zeigen. Ich untersuchte mikroskopisch den Inhalt einer frischen noch ganzen Blase an einem der in der Entbindungsanstalt ergriffenen Kinde. Es fanden sich mehrere Eiterzellen darin und zugleich zerstreute Kokken. Bei der bakteriologischen Analyse zeigte es sich, daſs sie Staphylokokkenarten angehörten. Der eine von ihnen war ein kräftiger Staphyl. pyogenes aureus, der, mit der charakteristischen Orangefarbe auf der Oberfläche von

Agar und auf Kartoffeln wuchs und mit der Impfnadel einer Maus eingeimpft einen kleinen Abscefs hervorrief. Da die Maus zwei Tage nach der Impfung verendete, konnte Staph. aur. wieder aus dem Herzblute gezüchtet werden. Der andere Staphylokokkus war bedeutend kleiner; er bildete auf der Oberfläche von Agar schnell einen dünnen weifsen Überzug, wuchs auf Gelatine (22 °) nur langsam und unter begrenzter trichterbildender Verflüssigung. Er war nicht pathogen für Mäuse, und mir selbst durch Skarifikation auf dem Unterarme eingeimpft, rief er keine Reaktion hervor.

Der Staphylococcus aureus ist schon von mehreren Untersuchern in den Bullae des Impetigo cont. gefunden, es geht aber nicht an, ihn deshalb für die Ursache des Pemphigus zu halten; man könnte ihn mit demselben Rechte als Ursache der Variola betrachten. An beiden Orten kommen die Eiterkokken nur als Sekundärinfektion zur Entwickelung in den Blasen und bewirken hier die Suppuration, die doch durch die Berstung der Pemphigusblasen koupiert wird.

Es geht auch nicht an, den weifsen Staphylokokkus als Pemphigusbakterie zu betrachten; denn er wurde mir in reicher Menge eingeimpft ohne eine Blase hervorrufen zu können. Sie sind dann beide zufällige Gäste, die sich vielleicht in den Ausführungsgängen einiger Schweifs- oder Talgdrüsen aufgehalten und dann bei der Blasenbildung eine willkommene Gelegenheit gefunden haben, sich zu vermehren. Die von Strelitz gefundenen sind wahrscheinlich auch derselben Natur.

Für den Augenblick kann man also die Ursache des ansteckenden Pemphigus nicht nachweisen; auch läfst sich nicht entscheiden, ob die Krankheit nur örtlich oder allgemein mit Exanthem ist. Die erste Annahme würde wahrscheinlich die meisten Stimmen bekommen. Sicher ist jedenfalls, dafs äufsere Mittel, wie Bäder, besonders Seifenbäder, in unsrer Epidemie und anderswo dem Ausbruche schnell Einhalt thaten, und dafs man imstande ist, durch Isolation die Verbreitung der Epidemie zu verhindern.

Aristol bei der Behandlung der nasopharyngalen Syphilose nebst einigen Bemerkungen über Aristol.

Von

Dr. Schuster
in Aachen.

Angeregt durch den interessanten Bericht des Herrn Dr. Eichhoff in No. 2, Bd. X. der *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*: „Über die dermatotherapeutische Wirksamkeit einer neuen Jodverbindung, des Aristols", worin er auf dessen günstige Wirkung auch bei tertiär-syphilitischen Ulcerationen hinweist, möchte ich, da mir von den Erfindern des Thymoljodids dieses Präparat und ähnliche zur Verfügung gestellt worden sind, auf dessen äußerst rasche günstige Wirkung in einem Falle von schwerer Nasopharynxsyphilis an dieser Stelle aufmerksam machen.

Von einem neuen Heilmittel berichtet man ja gerne seine wirklichen oder vermeintlichen günstigen Einwirkungen; es hat das schon deshalb seinen Wert, weil dadurch zu weiteren Versuchen angeregt und dann schließlich klargestellt wird, in wie weit dem neuen Mittel wirkliche Vorzüge oder Schattenseiten anderen gegenüber zukommen, in wie weit es einen bleibenden Wert verdient oder besser vergessen wird.

Ehe ich zur Mitteilung des Krankheitsfalles übergehe, schicke ich voraus, daß ich im Anschluß an die Unnasche Ansicht, die Syphilis sei nicht pyogen, einen jeden syphilitischen Geschwürsprozeß als einen syphilitischen Prozeß auffasse, dem der Streptococcus pyogenes, resp. eiterbildende Mikroorganismen sich zugesellt haben; es ist das wohl eine zur Notwendigkeit gewordene Annahme. Hieraus folgt, daß wir syphilitische Geschwüre bei ihrer direkten Behandlung möglichst ihres pyogenen Charakters entkleiden müssen, wozu in erster Reihe ein möglichstes Reinhalten der Geschwürsflächen, eine antiseptische Behandlung gehört. In diesem Sinne wirkt auch das Jod sowohl als Jodtinktur, Jodglycerin, wie besonders auch das Jodoform; diese Mittel haben bei syphilitischen Geschwüren resp. geschwüriger Syphilis noch den weiteren Vorteil der spezifischen Wirkung. Zu diesen Jodpräparaten muß man nun auch das Thymoljodid rechnen, das unter der Einwirkung von Luft und Feuchtigkeit unter Jodabgabe sich zersetzt.

Es ist nun leicht verständlich, daß, sind einmal im Naseninnern, sei es von dessen Schleimhaut, Knorpeln oder Knochen ausgehend, syphi-

litische Infiltrate entstanden, diese leicht exkoriieren können und dann bei dem beständigen Atmen der mit verschiedensten Mikroorganismen beladenen Luft einen pyogenen Charakter annehmen; dies geschieht noch leichter und eher, wenn solche Infiltrate zu oberflächlicher oder tiefer Nekrotisierung hinneigen. Da derartige tertiäre Infiltrate sich nicht selten in der Nase über gröſsere Flächen erstrecken, so sehen wir dann oft uns gewissermaſsen plötzlich, wie unerwartet, groſsen ulcerösen Zerstörungen gegenüber.

Ich kann hier nicht auf die durch solche Prozesse bedingten verschiedenen Krankheitsbilder des groſsen Nasencavums eingehen, die ja auch oft ein verschiedenes therapeutisches Eingreifen bedingen. Dieser Bilder sind bereits 1876 und 1877 in der *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* viele von mir mitgeteilt. Ich glaube aber an dieser Stelle immer wieder aufs neue betonen zu sollen, daſs man durch die Untersuchung mittels langer und dicker Knopfsonden gerade da noch Aufschluſs über das pathologische Verhalten des Naseninnern erhält, wo der Nasenspiegel, sei es durch krankhafte Schwellung der zu untersuchenden Teile, oder aber wegen der normalen Lageverhältnisse, wie beim Boden der Nase, den verschiedenen Nasengängen geradezu im Stiche läſst, weil er da gar keinen Aufschluſs geben kann. Kein Jahr vergeht, wo mir nicht der eine und andere Fall von Nasensyphilis, der längere Zeit in der Behandlung des Nasenarzstes sich befand, den Beweis liefert, daſs durch das Auſserachtlassen einer genauen Sondenuntersuchung der Krankheitsfall in seiner Bedeutung zum Nachteile des Kranken vollständig verkannt wurde.

Hierhin gehört auch der nun zu berichtende.

Patient, 39 Jahre alt, tritt am 5. Januar 1890 in meine Behandlung. Er hat sich 1874 infiziert, wurde nach seiner Angabe nur mit einigen Flaschen Jodkali behandelt; war seitdem nie so recht gesund, hatte oft rheumatische Beschwerden, die dann immer mit Jodkali beseitigt wurden. 1886 traten Schmerzen am Schienbein mit Knochenschwellung auf, ebenso schwollen die Supraorbitalränder schmerzhaft an; 1887 wurden die Schmerzen stärker, es trat linksseitige Iritis hinzu. Patient wurde nach Nenndorf geschickt, wo er 4 Wochen lang Inunktionen machte. Nach sehr kurzer Besserung traten Geschwüre am Halse auf; 1888 trat Schnupfen hinzu, gegen den etwas Jodkali verabreicht wurde.

Februar 1889 kam er in Behandlung eines Nasenspezialisten, in der er bis Ende desselben Jahres blieb. Er gebrauchte wenig, weil das Nasenleiden unwesentlich erschien; erst im September wandte er Duschen aus Borsäurelösung an; es wurde wiederholt geätzt, und im November wurden auch Quecksilberinunktionen nebst Jodkali angewandt. Anfang Dezember ging ein plattes Knochenstückchen ab. Dabei wurde der Nasenausfluſs immer stärker, sowohl bei Tag wie bei Nacht. Dazu

kamen die sich ausbreitenden schmerzhaften Pharynxgeschwüre, und in den letzten drei Wochen grofse Kopfschmerzen von der Stirne sich bis nach dem Hinterhaupte hinziehend. Er sollte wieder nach Nenndorf gehen, kam aber hierher.

Patient sieht sehr anämisch aus und verbreitet einen starken, brandig fötiden Geruch. Der knorpelige Nasenteil sieht geschwollen aus, der knorpelige Nasenrücken erscheint abgeplattet, verbreitert. Das Einführen des Speculums ist linkerseits sehr empfindlich; man sieht ein frei hervorragendes, stark geschwollenes in seiner Hinterfläche ulceriertes und auf Berührung sehr empfindliches Schleimhautstück, das die weitere Einsicht verlegt und dem vorderen Septum angehört; rechtsseitig ist die Untersuchung leichter; man sieht, dafs nach hinten das Septum fehlt. Die sichtbare Schleimhaut erscheint stark infiltriert, sammetartig rot. Bei der Sondenuntersuchung fühlt man oben freien Knochen. Das Abtasten des Nasenbodens ergibt rechterseits nach hinten ein grofses, freies, äufserst empfindliches Knochenstück; linkerseits liegt nach der Oberkieferseite hin Knochen frei. Der Ausflufs ist sehr bedeutend; die leichteste Berührung des Naseninnern verursacht Blutung.

Die hintere Rachenwand zeigt mehr in ihrer rechten Hälfte zwei grofse Geschwüre, die auch nach oben sich hinziehen; aufserdem ergibt die Rhinoskopia posterior Eiterbelag nach der Nasenhöhle zu.

Aufser diesen Erscheinungen sind keine weiteren auf Syphilis deutenden nachzuweisen.

Die örtliche Behandlung bestand darin, dafs sowohl die Rachengeschwüre wie das Naseninnere mit Wattetampons täglich von jeglichem Belage gesäubert wurden; dann wurde das äufserst trockene feinst zerstäubbare Thymoljodid eingeblasen. Dasselbe bedeckte sofort den ganzen Nasenrachenraum, so dafs auch die Rachengeschwüre mit dem rötlichen Pulver bedeckt waren. Hierdurch war ein Schutz gebildet gegen das Eintreten neuer Eitererreger. Das Pulver zerstäubt sich in so fein verteiltem Zustande durch die Nase, dafs ein Teil beim Ausatmen als eine feine Staubwolke wieder zur Spiegelöffnung, oder später, als die Nase trockener war, das Pulver wie eine feine Rauchwolke beim Öffnen des Mundes aus dem Halse hervorkam.

Für die Allgemeinbehandlung wurden Inunktionen verordnet.

Bereits nach zwei Inunktionen trat grofse Schwäche ein, so dafs 2 Tage mit denselben ausgesetzt wurde. Am 15. Januar, also innerhalb 10 Tagen, sind 6 Inunktionen gemacht und 15 g Jodkali innerlich gegeben. Das Resultat war folgendes: Kräftezustand gut; Pharynxgeschwüre in rascher Heilung begriffen; Nase bedeutend besser; Empfindlichkeit verschwunden; nach oben sieht man als Rest des knöchernen Septums ein schwarzes, nekrotisches Knochenstück, das beweglich ist und deshalb

mit der Zange leicht entfernt wird. An der linken Oberkieferseite sowie am Boden des rechten unteren Nasenganges ist noch entblöſster Knochen zu fühlen, der aber kaum noch empfindlich ist.

Am 27. Januar sind 15 Inunktionen gemacht, die örtliche Behandlung hat bei vollständiger Abnahme des üblen Geruchs und der Absonderung alle 2 Tage stattgefunden. Es besteht jetzt sehr gutes Allgemeinbefinden. Der Hals ist längst, die Nase aber auch geheilt! Man findet bei an mehreren Tagen wiederholten Sondenuntersuchungen weder linkerseits, noch am Boden freiliegenden Knochen; letzterer ist demnach auch zur Heilung gekommen. Ich habe den Patienten, der Ende der Woche abreisen soll, zur Fortsetzung der Allgemeinbehandlung und zur Beobachtung der Nase noch gegenwärtig (den 19. Februar) hier. Die Heilung des Halses und der Nase bleibt eine vollständige. Durch das Einführen eines kleinen Spiegels von vorn in die durch den Verlust des knöchernen Septums geräumige Nasenhöhle lassen sich der Boden und die Seitenteile derselben genau zur Ansicht bringen; nirgendwo Geschwürsfläche. Die Gestalt der Nase hat nicht gelitten, die ja, wie ich dies früher dargethan habe, unabhängig vom knöchernen Septum ist. Es gehen mir jährlich schwere Fälle von Nasensyphilis zu, und wenn ich auch heute erst recht für meinen früher gethanen Ausspruch: „daſs eine syphilitisch erkrankte Nase heutzutage nicht mehr zu Grunde gehen darf, vollauf eintrete, so muſs ich doch betonen, daſs bei derselben Behandlungsweise ich noch keine so rasche Ausheilung einer ausgedehnt syphilitisch erkrankten Nasenhöhle habe eintreten sehen, wie hier bei der gleichzeitigen Anwendung des Aristols, wo die Einwirkung der allgemeinen Behandlung kaum zum Ausdruck gelangt war.

Das Aristol vertrat also hier in bedeutsamer Weise das Jodoform, das abgesehen von seinem Geruch, der den Patienten gesellschaftlich unmöglich macht, auch bei täglicher reichlicher Anwendung in der Nasenrachenhöhle seine Bedenken hat, während solche bei der Anwendung des Thymoljodids nicht bestehen. Letzeres macht eine prächtige, impermeable, längere Zeit anhaftende Decke.

Das Aristol ist zudem viel feiner zerstäubbar, als das Jodoform.

Es ist ein ziegelrotes, amorphes Pulver, löslich in Äther, Chloroform und Kollodium. In Alkohol ist es kaum, in Wasser unlöslich.

Das Aristol zersetzt sich bei Einwirkung von Licht und Feuchtigkeit unter Jodabgabe und hinterläſst ein mehr indifferentes Pulver von hellgelber Farbe.

Ich mache besonders auf die Kollodiumlösung aufmerksam, mittels dieser läſst sich das Aristol, besonders bei einem Zusatz von einem oder zwei Tropfen Rizinusöl zu einer zehnprozentigen Lösung, in gleichmäſsiger, schön haftbarer Weise ohne irgend welche örtliche Reaktion auf Psori-

asisflecke und Geschwürsstellen bringen. Ich kann die EICHHOFFsche Beobachtung der günstigen Wirkung bei Psoriasis für das Aristolkollodium bei einem hartnäckigen Falle von Kniepsoriasis eines Knaben bestätigen.

Das Aristol ist eine einheitliche chemische Verbindung, die durch Einwirkung von Jod auf Thymol entsteht. Dieses Jodid des Thymols, wie auch andere ähnlich konstituierte Jodide der verschiedenartigen Phenole, werden nach einem neuen von den Herren Drs. MESSINGER und VORTMANN an der technischen Hochschule zu Aachen im Laboratorium des Herrn Professors CLASSEN entdeckten Verfahren dargestellt, und haben diese Herren den chemischen Teil in den Berichten der deutschen chemischen Gesellschaft zu Berlin (1889) ausführlich beschrieben.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

von

P. G. UNNA.

VI.

Blutung.

Das Kapitel der Hautblutungen zerfällt in zwei vollkommen getrennte Teile, je nachdem die Blutungen per rhexin oder per diapedesin stattfinden. Weder die Ursachen, noch die Symptome, weder die begleitenden Umstände, noch das Endresultat sind in beiden Fällen dieselben, und so scheint es sich eigentlich zu empfehlen, beiden so grundverschiedenen Vorgängen unter eigenen Namen, etwa als Blutergiefsung und Blutfiltration ins Gewebe, besondere Kapitel zu widmen. Wenn ich davon absehe und beide Prozesse, wie bisher, unter dem Namen der Hautblutung zusammenfasse, so geschieht es einerseits, weil bei einer solchen Trennung die Erörterung der klinischen Symptome zu viele Wiederholungen notwendig machen würden, hauptsächlich aber, weil wir noch nicht so weit sind, mit Sicherheit in allen Fällen die Natur der

vorliegenden Blutung als einer nur durch Riſs oder Filtration entstandenen deuten zu können. Es ist zudem selbstverständlich, daſs die Hauptursachen der Diapedese auch als Hilfsursachen für die Rhexis der Gefäſse mitwirken können und umgekehrt, daſs beispielsweise ein den Unterschenkel treffendes, leichtes Trauma nur deshalb zur Rhexis führt, weil eine starke Blutstauung mit Verdünnung der Venenwände, also auch alle Bedingungen zur spontanen Diapedese bereits vorhanden waren.

Aber immerhin scheint es mir wichtig, gleich von vornherein die absolute Verschiedenheit beider Vorgänge in den Vordergrund zu stellen, noch mehr als es — seit COHNHEIM — bereits allgemein üblich ist. Denn wir sind bei der Haut eher als bei einem inneren Organe in der Lage, in vielen Fällen die Alternative, ob Gefäſsriſs vorliegt oder nicht, wirklich entscheiden zu können. Die Einbettung der Blutgefäſse der Haut in ein straffes, dichtes Gewebe erschwert nicht bloſs das Zustandekommen von Blutaustritten überhaupt, sondern erweitert speziell den Abstand der durch Riſs und durch Diapedese erzeugten Blutungen so bedeutend, daſs die erstere Entstehungsweise gerade hier oft leicht auszuschlieſsen ist, wenn auch beweisende, histologische Befunde für eine Diapedese noch nicht vorliegen. Daher erweitert sich das Gebiet der letzteren an der Haut ungemein. Wir müssen — und können mit gutem Grunde — annehmen, daſs eine groſse Reihe von Ursachen für die Durchschwitzung des Blutes durch die Kapillaren existiert, von denen wir erst wenige kennen, und so wird das ja nicht so schwierige Studium der Hautblutungen einst hauptsächlich zur Kenntnis des Prozesses der Diapedese beitragen und der Beurteilung der Blutungen in inneren Organen, wo eine Rhexis der Kapillaren viel schwieriger auszuschlieſsen ist, zu gute kommen.

Prinzipiell ist die Differenz zwischen Rhexis und Diapedese ja eine unüberbrückbare. Dort strömt durch eine Wunde der Gefäſshaut wirkliches Blut, hier schwitzt eine an Eiweiſs, Fibringeneratoren und weiſsen Blutkörperchen arme, an roten Blutkörperchen abnorm reiche Lymphe aus. Dort ist die Cirkulation in den Gefäſsen wenigstens im Anfange nicht im mindesten gehemmt, hier gehen stets irgendwelche Stauungserscheinungen dem Blutaustritt vorher. Dort bildet sich rasch eine Blutlache im Gewebe, deren Gröſse durch den Gewebswiderstand bedingt wird und die sich alsbald in einen festen, abgegrenzten Thrombus umwandelt; hier wächst die Blutung langsam, ihre Elemente zerstreuen sich diffus im Gewebe, ohne daſs je eine zusammenhängende, geronnene Masse daraus wird. Diese Unterschiede verwischen sich jedoch oft genug bei kleinen Blutaustritten im mikroskopischen Bilde, besonders an gehärteten Präparaten, so daſs wir dann zur Beurteilung auf unsere allgemeinen pathologischen Abstraktionen angewiesen sind.

Betrachten wir zunächst die eigentlichen Blutergiefsungen durch Rifs von kleinen und gröfseren Gefäfsen. Jene führen zu Ekchymosen, diese zu flächenhaften Suffusionen und mehr oder minder grofsen Blutbeulen, Hämatomen. Es empfiehlt sich, den Begriff Ekchymose (im Gegensatz zu Petechie, Vibex) ausschliefslich für die wahren Blutergiefsungen festzuhalten. Ein eigentlicher hämorrhagischer Infarkt mit Zertrümmerung des Gewebes findet sich bei der Haut begreiflicherweise nicht; am nächsten kommen diesem Zustande anderer Organe höchstens die durch übermäfsig starkes Schröpfen erzeugten Blutbeulen und manche bei der Geburt entstehenden Hämatome der Vulva.

Die berstenden Gefäfse sind in den meisten Fällen vollkommen gesund, und so reduzieren sich bei der Festigkeit der Haut die Ursachen der Rhexis fast stets auf grobe Traumata.

Hier können zunächst einzelne Gefäfse durch spitze, eindringende Fremdkörper verletzt werden, durch Instrumente, durch Zähne und Stacheln der Tiere, Dornen der Pflanzen. Der Flohstich repräsentiert bekanntlich eine kleine centrale Ekchymose, an die sich eine periphere Wallungszone, weiterhin eventuell eine Quaddel anschliefst. Nachhaltiger und bedeutender werden die Blutunterlaufungen bei Anwendung stumpfer Gewalt auf gröfsere Strecken ohne Eindringen des Werkzeuges selbst. Es kommt dabei nicht so sehr auf die absolute Stärke der einwirkenden Gewalt an als auf den momentanen Blutgehalt der betreffenden Hautstelle und auf dessen Beweglichkeit, die wieder von der Richtung des Stofses oder Druckes abhängig ist. Ein sehr starker, senkrecht auf die Haut geführter Schlag kann ohne jede Gefäfszerreifsung vorübergehen, wenn die betreffende Hautstelle durch Muskelanspannung oder Gliederstellung momentan anämisiert war. Unvorhergesehene Stöfse geben daher eher Anlafs zu Blutunterlaufungen als solche, bei denen der Schlag durch unwillkürliche Anspannung der Haut gewissermafsen pariert wird, Die sicherste Methode anderseits, Blutungen zu erzeugen, bildet das Quetschen und Kneifen der Haut, d. h. die Ausübung eines Druckes, bei welchem durch Verziehung oder Faltenbildung geradezu eine abgegrenzte Blutmenge in der gedrückten Hautstelle zurückgehalten wird. Die inkompressible Blutflüssigkeit sprengt in diesem Falle die Gefäfshäute und unter Umständen sogar die gesamte Hautdecke.

Es geht hieraus hervor, dafs die Hautgefäfse garnicht sehr zu Zerreifsungen disponieren, wie denn ja auch die Blutbeulen nur gewissen Berufsarten eigentümlich und im allgemeinen gar nicht so häufig sind, wie die Traumata, welche doch unausgesetzt die Haut treffen. Und es erklärt sich auch ganz einfach, weshalb alle Momente, welche eine Wallungs- oder Stauungshyperämie an der Haut herbeiführen, bei einwirkender äufserer Gewalt die Disposition zu Blutungen erheblich ver-

größsern. So haben an varikösen Unterschenkeln, an mit Frost behafteten Händen und Ohren bereits schwache Stöfse Ekchymosen zur Folge.

Als besondere Art der Blutbeule gilt das Othämatom der Geisteskranken; wahrscheinlich ist dasselbe stets traumatischer Natur, wobei nicht ausgeschlossen ist, dafs eine besonders leichte Zerreifslichkeit des den Ohrknorpel umgebenden Bindegewebes eine disponierende Rolle spielt. Die Kopfgeschwulst der Neugeborenen und die Hämatome der Vulva bei den Gebärenden gehören hingegen nicht eigentlich oder jedenfalls nicht allein hierher, sondern, da sie sich aus einem unblutigen Stauungsödem entwickeln, zunächst in die Kategorie der diapedetischen Blutungen. Aber gerade diese Affektionen zeigen, wie schwierig die Grenze zwischen beiden Vorgängen zuweilen zu ziehen ist, besonders wo — wie hier — lang anhaltende Stauung mit Quetschung und Zerrung der Haut zusammentrifft.

Während so der äufsere Druck fast immer begünstigender Momente bedarf, um die Hautgefäfse zur Zerreifsung zu bringen, gilt nicht das gleiche von der Verminderung des normalen, auf der Haut lastenden äufseren Druckes. Hat durch Saugen oder Schröpfen die Stauungshyperämie (s. diese) ein gewisses Mafs überschritten, so folgt regelmäfsig eine Zerreifsung der über die Norm ausgedehnten Kapillaren. Die Blutungen durchsetzen bei anhaltendem Schröpfen sogar das Hypoderm und erstrecken sich in die Muskeln, Fascien und das Periost. Die Luftverdünnung auf hohen Bergen, im Luftballon ist zur Erzeugung dieser Blutungen durch Ausaugung des Blutes nicht stark genug, wenigstens nicht an der Haut. Dagegen kommen aus den Schleimhäuten und den Schleimhauteingängen Blutungen, besonders beim Bergsteigen, vor, wobei es sich gewifs häufig nur um Aufspringen der unelastischen Decke nach vorheriger oberflächlicher Eintrocknung handelt.

Eine ähnliche Rolle wie dem verminderten äufseren Drucke hat man auch dem verstärkten inneren Blutdrucke in den Gefäfsen zuschreiben wollen; soweit es die arterielle Seite des Hautgefäfssystems betrifft, gewifs mit Unrecht. Wir wissen, dafs die Hautgefäfse der stürmischsten Herzaktion vermöge ihrer starken Muskulatur gewachsen sind; ein noch so hoher Blutdruck allein vermag nicht die mindeste Hautblutung zu erzeugen. Etwas anders liegt es bei allgemeiner venöser Stauung. Wenn diese sehr heftig, paroxysmenweise erzeugt wird, wie beim Keuchhusten, bei asthmatischen und epileptischen Anfällen, bei der Geburt etc., so können auch hin und wieder kleine Hautgefäfse bersten. Aber diese Blutungen sind verschwindend klein und gegenüber den unter gleichen Umständen auftretenden subkonjunktivalen, retinalen, cerebralen Ekchymosen selten genug.

Quetschung und Ansaugung sind also schließlich die wichtigsten und sichersten Mittel, um die so gut geschützten Hautgefäße zur Zerreißung zu bringen. Die Ätiologie der Rhexis ist, soweit es sich um gesunde Hautgefäße handelt, lediglich eine traumatische. Schwieriger liegt die Sache aber, wo krankhafte Veränderungen der Hautgefäße mit in Betracht kommen.

Man hat früher, eigentlich mehr a priori als auf sichere Befunde sich stützend, den Veränderungen der Gefäßwand bei den Hautblutungen per rhexin einen bedeutenderen Platz eingeräumt, als denselben in Wirklichkeit zukommt. Gewiß spielt bei Blutungen in anderen Organen die Atheromatose und Wandverdünnung eine erhebliche Rolle in der Ätiologie der Blutungen. Aber gerade die kleinen Hautgefäße unterliegen diesen chronischen Veränderungen viel weniger als dem Gegenteil, der Endarteritis obliterans und der Wandverdickung. Und die hin und wieder beschuldigte Verfettung des Gefäßendothels ist bei der Haut mit besonderer Vorsicht aufzunehmen, da die fettführende Hautlymphe um und in den Blutgefäßwandungen Fettkügelchen normalerweise ablagert, die durchaus kein Zeichen einer regressiven Metamorphose sind.

So bleiben eigentlich nur zwei Arten von Veränderungen der Gefäße übrig, welche an der Haut die Disposition zu Blutungen erhöhen: die Druckatrophie der Venenwandung, wie wir sie an alten Varicen hin und wieder wahrnehmen, und die unfertige, embryonale Beschaffenheit der Hautgefäße. Die erstere führt bekanntlich nicht nur zu sehr profusen Blutungen nach außen, sondern vor dem völligen Durchbruch der Haut bereits häufig zu umschriebenenen Ekchymosen in dieselbe. Aber diese Entstehung von Ekchymosen steht ganz isoliert da, betrifft nur die Unterschenkel älterer Leute mit bereits ziemlich atrophischer Haut.

Anders steht es mit der Wachstumshemmung der Hautgefäße. Durch sie bedingte Blutungen sind ziemlich häufige Erscheinungen bei Geschwülsten, vor allem bei den verschiedenen Sarkomen. Die Gefäßsprossen der neugebildeten Kapillaren, welche anfangs solid erscheinen und erst allmählich vom Blutstrom ausgehöhlt werden, sind naturgemäß während ihrer Umbildung leichter zerreißlich, als die noch soliden Gefäßsproßsen und die fertigen Kapillaren. Wenn nun trotz der so alltäglich vorkommenden Gefäßneubildung (bei Hautentzündungen und Geschwülsten jeder Art) die Blutungen aus jungen Gefäßen immerhin ein beschränktes Vorkommen besitzen, so müssen für diese Ausnahmefälle noch weitere begünstigende Umstände hinzukommen. Solche mögen für die Sarkome in der gleichzeitigen bedeutenden Erweiterung der größeren Blutgefäße liegen, während für die häufig von Blutungen heimgesuchten Wundgranulationen eher mechanische Störungen, wie Stoß, Druck,

Stauung in Betracht kommen. Es ist mir nicht unwahrscheinlich, daſs ein Teil der Blutungen, die wir bei syphilitischen Neugeborenen treffen, ebenfalls auf eine gewisse Unfertigkeit des Hautgefäſssystems zurückzuführen ist, während sicher auch wahre (embolische) Purpuraformen bei denselben zur Beobachtung gelangen. Warnen möchte ich anderseits, für die sogenannten kachektischen Hautblutungen ebenfalls eine atrophische oder degenerierte Wandbeschaffenheit der Gefäſse vorauszusetzen. Am besten wäre der ganze Begriff überhaupt zu streichen; denn die hierunter ziemlich kritiklos zusammengefaſsten Blutungen gehören bei genauerer Besichtigung verschiedenen Formen der Diapedese an, und kaum jemals wird eine Hautblutung bei kachektischen Individuen durch eine Kachexie der Hautgefäſse bedingt.

Dagegen gehört sehr wahrscheinlich eine Affektion des gesamten Gefäſssystems hierher, die heute von allen zu Blutungen führenden Krankheiten allein nur noch den Namen einer hämorrhagischen Diathese verdient: die Hämophilie. SCHÖNLEIN fand bereits — und dieser Befund wurde von anderen Autoren bestätigt — daſs die Gefäſswandungen des Blutes auſserordentlich dünn sind. Es handelt sich hier bekanntlich meist um männliche Individuen bestimmter, erblich mit dieser Krankheit belasteter Familien, die eine dünne, pigmentarme Haut und blonde Haare besitzen. Es sollen bei ihnen auch spontan, ohne jede äuſsere Veranlassung, Hautblutungen auftreten. Sicher aber ist, daſs jede, auch die unbedeutendste mechanische Verletzung starke Blutungen nach auſsen oder umfangreiche Blutbeulen nach sich zieht. Längerer Druck auf einer Stelle beim Liegen oder Sitzen kann bereits blaue Stellen und Hämatome erzeugen. Die schwierige Stillbarkeit der Blutungen gerade aus den unbedeutendsten Wunden, welche nachgewiesenermaſsen nicht aus einer schlechteren Gerinnbarkeit des Blutes abzuleiten ist, kann wohl nur von einer mangelnden Retraktion und Elastizität der kleineren Hautarterien herrühren. Wir werden demgemäſs wohl nicht fehlgehen, wenn wir eine allgemeine mangelhafte Ausbildung des Blutgefäſssystems bei den Hämophilen annehmen und diese Affektion den soeben genannten Zuständen einer embryonalen Gefäſsverfassung anreihen. Hier wie dort beherrscht aber das Trauma als wichtigste Gelegenheitsursache die Ätiologie der Blutung und spielt gewiſs auch eine Rolle bei den Hämorrhagien der Geschwülste und Varicen.

Ziehen wir mithin das Facit, wie es sich mit der Rhexis krankhaft veränderter Hautgefäſse verhält, so geben wir in beschränktem Maſse allerdings das Vorhandensein disponierender Momente in den Gefäſswandungen vollkommen zu, betonen aber anderseits mehr als bisher die Rolle des Traumatismus. Daſs dieselben Verletzungen (Quetschung, Ansaugung), welche gesunde Hautgefäſse bersten machen, auf krankhaft

verdünnte im selben Sinne und nur noch stärker wirken müssen, ist selbstverständlich. Ebenso ist einleuchtend, daſs es hier sehr viel geringerer Einwirkungen — statt der Quetschung z. B. einer bloſsen Zerrung — bedarf, um gleiche Effekte zu erzielen. Und so wird man dem ganzen Gebiet der Rhexis, handle es sich um gesunde oder abnorme Hautgefäſse, wohl einen traumatischen Charakter nicht absprechen können. Dieser kleinere Teil unseres Kapitels der Blutungen gehört mithin genau genommen in die Dermatochirurgie.

Wir wenden uns nun zu den Hautblutungen, welche durch Diapedese zustande kommen, und betreten damit das ausgedehnte und noch sehr dunkle Gebiet der Purpuraerkrankungen. Wenn die Vorgänge bei den Blutungen durch Rhexis verhältnismäſsig einfach waren, so kann man von den diapedetischen getrost sagen, daſs wir heute kaum erst den Anfang eines Verständnisses für dieselben gewonnen haben. Nur für diejenigen, welche im Anschlusse an eine einfache, venöse Stauung auftreten, besitzen wir in den bekannten Versuchen von STRICKER, COHNHEIM, AUSPITZ u. a. eine breite und vollkommen ausreichende, experimentelle Basis. Diese aber sind es, welche uns in der Dermatologie und allgemeinen Pathologie weniger interessieren, als jene ausgedehnten Blutungen, die als Begleiter infektiöser Prozesse oder im Gefolge von Nervenstörungen auftreten. Immerhin müssen wir uns zunächst mit diesen beschäftigen.

Man hat die hierher gehörigen Fälle von Hautblutungen gewöhnlich in neuerer Zeit als „mechanische“ abgetrennt. Es liegt diesem Namen die Idee zu Grunde, daſs die meisten Purpuraformen sonst dyskrasischen, toxischen Ursprungs wären und ihre Entstehung einer Veränderung der Blutflüssigkeit, nicht der Strömungsverhältnisse verdankten. Wie wir gleich weiter sehen werden, stellt sich diese Anschauung — abgesehen davon, daſs sie nur mittels eines unklaren Begriffes unerklärbare Thatsachen zu bemänteln versucht — bei näherer Betrachtung als ganz unhaltbar heraus. Wir suchen im Gegenteil heute auch die toxischen und infektiösen Purpuraformen „mechanisch“ zu begreifen. Es ist deshalb, schon um nicht einen ganz künstlichen Gegensatz fortzupflanzen, notwendig, die speziell sogenannte mechanische Purpura anders zu bezeichnen. Nun deckt sich aber das Meiste, was man bisher unter dieser Rubrik zusammenfaſste, mit der durch „einfache Stauung“ erzeugten Purpura. Dieses würde in der That die einfachste Form von diapedetischer Hautblutung vorstellen.

Das der experimentellen Pathologie entnommene Prototyp derselben bilden die Petechien, welche unterhalb einer Aderlaſsbinde von uns willkürlich erzeugt werden. Wir haben bereits im Kapitel der Stauungs-

hyperämien die Verdienste von AUSPITZ in dieser Sache gewürdigt, und so ist es dieser Forscher auch gewesen, welcher durch die Stauungsversuche an gesunden und kranken Häuten als erster und einziger auf die Pathogenese der reinen Stauungsblutungen der Haut Licht geworfen hat. Wir wissen durch ihn, was a priori hätte bezweifelt werden können, dafs eine hochgetriebene venöse Stauung allein genügt, um in gesunder Haut makroskopisch sichtbare Blutaustritte zu erzeugen. Allerdings gehört dazu eine an Stase grenzende Stauung, wie sie in der Nähe der Aderlafsbinde leicht zu stande kommt. Was bei gesunder Haut der höchste Grad der Stauung hervorbringt, dazu genügen bei gewissen Erkrankungen der Haut schon mindere Grade derselben, wie sie bei weiterer Entfernung von der Binde herrschen. Und hier ist nun im höchsten Grade interessant, durch die Versuche von AUSPITZ zu erfahren, dafs in diesem Punkte die entzündlichen wie die nicht entzündlichen Dermatosen die krassesten Unterschiede aufweisen. Das chronische Ekzem und die Blatternpustel, also doch typische und hochgradige Entzündungen der Haut, zeigen unter der Aderlafsbinde nicht mehr Petechien als die gesunde Haut. Die Gefäfse innerhalb der Pocke halten den Stauungsdruck aus, ohne dafs Blut in die Pustel übertritt. Eine geringe Steigerung der Purpuraerscheinungen gegenüber der Norm zeigen Erysipel und Scharlach. Noch mehr die Dermatitis acuta, Ekzem, die Urticaria und das Masernexanthem, und letzteres sowohl zwischen als an den Masernflecken. Bei diesen letzteren Dermatosen kommt eben noch die ihnen schon an und für sich eigentümliche Stauung hinzu. Aber ganz enorm wird die Hautblutung durch einfache Stauung gesteigert bei der Purpura variolosa; das ganze Glied wird sofort schwarz suffundiert. Man sieht deutlich, dafs hier ein ganz anderer Umstand hinzutritt wie bei den Entzündungen; der Unterschied zwischen einfacher Variola und Purpura variolosa kann gar nicht schärfer sein. Wir haben es im letzteren Falle mit einer Blutungstendenz zu thun, welche allen Gefäfsen der Haut ohne Ausnahme innewohnt, und für welche die künstliche Stauung nur das auslösende Moment darstellt. Wie bei der Urticaria factitia auf jeder Stelle der Haut die Quaddelbildung durch einfaches Streichen hervorgezaubert werden kann, so kann bei einer Purpura variolosa jeder Druck und jede Stauung in den räumlich angegebenen Grenzen Petechien und Hämatome erzeugen. Worin das Wesen dieser „Purpura factitia“ besteht, werden wir später zu erörtern versuchen. Hier liegt mir nur daran zu zeigen, dafs auch zur „einfachen Stauung“, wenn sie nicht an und für sich eine maximale ist, immer noch für die Haut ein zweites begünstigendes Moment hinzukommen mufs, um Blutaustritte zu veranlassen. Wir hätten mithin zwei Dinge in dieser ersten Gruppe zu unterscheiden.

Einmal ist wirklich die Aufstauung des Blutes in den gröſseren Venen ganz allein — wie bei der Aderlaſsbinde auf gesunder Haut — die Ursache der Hautblutung. Hierher gehören wohl die garnicht häufigen Fälle von Petechien der Unterextremitäten bei Thrombose der groſsen Schenkelvenen, bei Phlegmasia alba dolens. RAYER teilt einen solchen Fall mit, wo durch Thrombose der Vena iliaca dextra 30 Stunden vor dem Tode das rechte Bein ödematös anschwoll und 12 Stunden vor demselben sich mit Petechien und Suffusionen bedeckt zeigte.

Doch schon die so sehr gewöhnlichen Blutaustritte in der Haut variköser Unterschenkel sind nicht so einfach zu erklären, obwohl sie noch in das Gebiet der Purpura durch einfache Stauung gehören. Wie wir bei Besprechung der Stauungshyperämie gesehen haben, ist die Bildung der Varicen nicht die einfache Wirkung der Schwere auf den sonst normalen Blutumlauf des Beines, sondern die Folge einer langdauernden Senkungshyperämie, wie sie sich im Anschlusse an einen verstärkten Gefäſstonus der Beingefäſse und dadurch aufgehobene vis a tergo in den Venen des Beines entwickelt. Diese Senkungshyperämie nun führt auch zu Blutaustritten in die Haut, besonders dort, wo sie atrophisch und schlecht ernährt ist, wie in der Umgebung von Unterschenkelgeschwüren.

Ganz nahe steht daher dieser Purpuraform eine andere, welche sich kurz vor dem Tode mancher Individuen auf abhängigen Körperstellen entwickelt und welche man „präagonale Purpura" nennen kann. Nach dem Tode heben sich die punkt- und streifenförmigen Blutaustritte auf dem Rücken und den Unterseiten der Beine noch deutlich von den Senkungshyperämien der Totenflecke an denselben Orten ab. Sie entstehen unter dem doppelseitigen Einflusse allgemeiner venöser Stauung (besonders bei Herzkranken) und der Senkungshyperämie, die durch die ante mortem bereits fehlende vis a tergo verschuldet ist. Sie bilden eine Gattung der sogenannten kachektischen Purpura.

Wie in diesen Beispielen die Gravitation des Blutes der Stauung zu Hilfe kommt, so treibt in anderen Fällen ein Spasmus der kleinen Hautvenen den Druck in den venösen Kapillaren bis zu der Höhe, auf welcher die Diapedese roter Blutkörperchen beginnt. Das finden wir bei der chronischen Urticaria von langer Dauer, der Urticaria perstans (PICK), bei multiformen Erythemen der Unterschenkel, bei der Purpura urticans, dem Lichen lividus der Alten. Hier dürfte auch wohl die merkwürdige Krankheit anzuschlieſsen sein, welche BATEMAN unter dem Namen Purpura senilis beschreibt, ein Name, der heute ungenauer Weise allen möglichen Purpuraformen bei alten Leuten gegeben wird. BATEMAN bezeichnete hiermit eine sehr chronische Affektion, welche lediglich auf der Auſsenseite der Vorderarme alter Frauen vorkommt und

mit tiefschwarzer Pigmentablagerung einhergeht. In einem wahren Falle von Purpura senilis Bateman, den ich gesehen habe, machte die von Blutaustritten durchsetzte, in marmorierter Weise braunschwarz pigmentierte Haut der Vorderarme der Greisin einen so eigentümlichen Eindruck, wie keine Purpura oder Pigmentaffektion anderer Art. Trotzdem ich die Patientin kurz vor dem Tode untersuchte, fand ich an den Unterschenkeln und den abhängigen Körperstellen keine Spur von Purpuraflecken. Dagegen hatte sie seit vielen Jahren an Jucken der Vorderarme gelitten, eine Affektion, welche, gleichwie die Purpura, auch bei der Mutter der Kranken vorhanden gewesen sein soll. Man sollte in Zukunft den wenig besagenden Namen Purpura senilis nur noch dieser wenigstens klinisch gut charakterisierten Batemanschen Form vorbehalten.

Wir kommen nun zu der weitaus gröfseren und interessanteren Gruppe der infektiösen und toxischen Peliosen. Bei diesen sprach man in früheren Zeiten gern von einer „Blutdissolution" und wollte damit — z. B. bei der Purpura variolosa, den schwersten Gelbfieberintoxikationen etc. — etwa zu verstehen geben, dafs hier das toxische Agens eine so bedeutende chemische Umwandlung des Blutes selbst hervorgerufen habe, dafs die Gefäfswand demselben nicht mehr den normalen Widerstand entgegenzusetzen vermöchte. Diese ganz rohe Vorstellung hält natürlich der einfachsten Kritik nicht stand, und das Wort „Blutdissolution" mufs aus der Pathologie als bedeutungslos gestrichen werden. Wie wäre es auch denkbar, dafs eine so eingreifende Veränderung des Blutes, welche zur abnormen Filtration der Blutkörperchen Anlafs geben soll, nicht vorher schon ein gewaltiges Ödem erzeugte? Wie wäre eine solche Vorstellung haltbar ohne die weitere Annahme, dafs jede derartige Diapedese von einer starken Läsion der Gefäfswände, mithin einer gewöhnlichen entzündlichen Extravasation begleitet sein müsse? Zudem hat die experimentelle Pathologie zur Genüge gelehrt, dafs man dem kreisenden Blute die heterogensten Stoffe zusetzen kann, ohne dafs Blutungen entstehen, solange nur durch diese Zusätze keine Gerinnung des Blutes erzeugt wird. Ja, seit Alex. Schmidt haben zahlreiche Forscher sogar durch überlebende Organe, deren Gefäfswände also sicher dicht vor dem Absterben standen, fibrinfreies[1] Blut zum Teil mit den fremdartigsten Beimischungen und Verdünnungen hindurchgeleitet, ohne Blutungen zu erzeugen. Und ist nicht die ganze Injektionstechnik der Gefäfse an der Leiche die schlagendste Illustration dafür, dafs selbst schon abgestorbene Gefäfse bei normalem Blutdruck die Cirkulation von Stoffen der ver-

[1] Vor Zeiten diskutierte man die Möglichkeit, ob etwa ein Fibrinmangel die Ursache der Blutungen beim Skorbut wäre.

schiedensten physikalischen und chemischen Struktur — vom Öl bis zum Gips — ohne Extravasation zu ertragen vermögen?

Man hat denn auch in neuerer Zeit diese Vorstellung allmählich aufgegeben oder sie vielmehr dahin modifiziert, daſs man dem von praktischen Ärzten noch viel gebrauchten Namen der Blutdissolution den Sinn einer besonderen Gefäſsschädigung zu Grunde legte, deren Wesen allerdings ebenso unklar blieb. Vielleicht bewog hierzu die Erfahrung, daſs bei der hämorrhagischen Entzündung die Diapedese der roten Blutkörperchen als Akme eines Prozesses erscheint, dem eine Gefäſsschädigung zu Grunde liegt. Aber die ätiologisch so ungemein differenten Purpuraformen stimmen darin gerade überein, daſs entzündliche Veränderungen in der Haut — etwa papulöse Erytheme — nur ausnahmsweise vorkommen (Purpura urticans), und es wird sich auch kaum eine Läsion der Gefäſse aufstellen lassen, welche gestattet, daſs bei strömendem Blute gröſsere Mengen von Blutkörperchen filtrieren, ohne daſs vorher und gleichzeitig noch weit gröſsere Mengen entzündlicher Lymphe hindurchtreten. Ganz anders verhält es sich ja, sowie einfache Stauung oder selbst Stase vorhanden ist und statt des strömenden Blutes ein nahezu ruhendes Blutkörperchensediment unter steigendem Druck die Kapillaren erfüllt, und so wird man eher dazu gedrängt, die hämorrhagische Entzündung ebenfalls als eine Entzündung plus Stauung zu betrachten und bei ihr eine noch unbekannte, hinzukommende Stauungsursache anzunehmen, als sie für die Möglichkeit einer Diapedese der Blutkörperchen ohne Stauung verwerten zu wollen. Eine weitverbreitete, stärkere Schädigung der Gefäſswände kann also auch kaum zur Erklärung der infektiösen Blutungen herangezogen werden.

Hayem hat daher neuerdings die von ihm in die Wissenschaft eingeführte Koagulation des Blutes „par précipitation grumeleuse“ als die eigentliche Ursache dieser „dyskrasischen“ Blutungen hingestellt.[2] Er zeigte, daſs Ochsenserum in die Blutbahn des Hundes eingeführt, Hämorrhagien des Darmes, der serösen Häute, der Milz etc. hervorruft, und daſs dieselben embolischer Natur sind, indem die Kapillaren sich durch eigentümlich visköse, hyaline, stark lichtbrechende Pfröpfe verstopft erweisen, die ihrerseits aus veränderten Hämatoblasten hervorgehen. Aber selbst zugegeben, daſs diese Erklärung die richtige ist, so wird dadurch das Verständnis der Purpuraerkrankungen des Menschen wenig gefördert, da die Blutungen bei den Hunden gerade in der Haut fehlten. Dies führt uns zu der Frage, ob denn überhaupt einfache, blande Emboli, wie sie eine solche chemische Alteration des Blutes durch Auflösung von körperlichen Elementen des Blutes erzeugen würde, hinreichen, um die Ent-

[2] Hayem. *Du sang et de ses altérations anatomiques.* 1889. pag. 479 ff.

stehung von Petechien und Suffusionen der Haut zu erklären. Ich glaube nein. Die arterielle Versorgung der Haut schliefst das Vorhandensein von Endarterien aus. Es müfsten schon ungemein zahlreich auftretende Emboli sein, welche die nachhaltige Verstopfung auch nur des kleinsten Hautbezirkes möglich machten. Für das reiche Kapillarnetz, welches an der Peripherie alle Hautarterien normalerweise verbindet, ist die Verstopfung selbst einer grofsen Anzahl einzelner Kapillaren ein völlig gleichgültiger Vorgang. Und deshalb werden ja auch bei allgemeinen Embolisationen des Körpers Blutungen innerer Organe viel häufiger beobachtet als solche der Haut.

Ebenso wenig ist uns für das Verständnis der Hautblutungen mit der Auffindung einzelner Venenthromben in der Haut selbst geholfen. Zunächst ist hier sogar auf die Schwierigkeit aufmerksam zu machen, im histologischen Bilde Venenthromben immer sicher von einfach gestauten Blutsäulen zu unterscheiden. Aber die richtige Diagnose vorausgesetzt, mufs die Thrombose einer Hautvene an und für sich so wenig eine Hautblutung wie ein Hautödem erzeugen, dafür ist die kollaterale Blutversorgung zu reichlich. Und dann wäre immer noch vorher zu entscheiden, ob die Venenthrombose nicht erst eine Folgeerscheinung derselben Veränderung an den Kapillaren ist, welcher die Blutungen ihr Dasein verdanken. So verlockend daher z. B. die Befunde v. KOGERERS[3] sind, welcher in sämtlichen 13 von ihm untersuchten Fällen Thromben in den Venen und oft auch in den Arterien der Haut fand (meist im Hypoderm), so können diese allein doch nicht zur Erklärung der Petechien genügen. Eher wären schon die auch von v. KOGERER ofters gefundenen Fibringerinnsel in Kapillaren und Arterien als das Primum movens für die Blutungen in Betracht zu ziehen.

Denn viel günstiger liegt die Sache offenbar für die kontinuierlichen Verstopfungen ganzer Kapillargebiete der Haut, wie sie teils durch Veränderung der Gefäfswände, teils durch fortgesetzte Thrombenbildung zustande kommen können. Und hier finden wir uns bereits einer ganzen Reihe von Thatsachen gegenüber, welche das Zustandekommen der infektiösen Blutungen der Haut unserem Verständnisse wenigstens näher rücken.

---

[3] v. KOGERER. Zur Entstehung der Hauthämorrhagien. *Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. X. Heft 3.

(Fortsetzung folgt.)

Besprechungen.

Klinische Sammlung für Dermatologie und Syphilidologie, von Professor MANSSUROW in Moskau. 3. Lieferung. Mit 7 Photographien und 5 Karten. (Autoreferat.)

Den ersten Aufsatz dieser neuen Lieferung bildet die Beschreibung eines Falles von **Hauthörnern** (Cornu cutaneum.) Verf. betrachtet diese seltenen Hauterkrankungen auch als Hyperkeratosis, die aber ihren Ursprung entweder in der Hornschicht, oder in den Follikeln nimmt. Am häufigsten findet man die Hörner auf dem Kopfe oder an den Genitalien. Das Moskauer Museum der Fakultätsklinik enthält eine Gipsabbildung eines langen Hornes an der Stirne, von wo das Horn nach unten, über die Nase ausgewachsen war. Die Zahl der bis jetzt beobachteten Fälle soll, wie BRINTON angibt, mehr als 14 betragen. Der Fall, den M. hier beschreibt, bezieht sich auf ein Bauernmädchen von 18 Jahren aus dem Gouvernement Moskau, Bezirk Serpuchow, die mit multiplen Hörnern behaftet war; sie hatte dieselben schon seit ihrem Kindesalter. Im Jahre 1875 erreichten sie grofse Dimensionen. Die gröfsten waren 8 cm lang, die kleinsten ca. 1 cm, die übrigen von mittlerer Gröfse. An der Sakralgegend befanden sich 8 Hörner; auf dem rechten Glutaeus gruppenweise 46 Hörner (längs dem N. lumbalis), in der Mitte des rechten Glutaeus noch 48 und am rechten Oberschenkel 8 gröfsere Hörner, auf der rechten Wade hinten 4 und aufsen 2, auf dem linken Glutaeus 8, dem linken Oberschenkel 2, in der Gegend der rechten Crista ilei 3 gröfsere spiralig gebogene Hörner, ebenso an der rechten Hüfte 1, am Schambogen 1 und an der Clitoris 1 Horn. Im ganzen hatte die Pat. auf der Haut 133 Hörner. Die Pat. starb an einer inneren Krankheit im Jahre 1876. Die Photographien, in Serpuchow angefertigt, wurden Verf. von Dr. WAROWNA und SMIRNOFF zur Verfügung gestellt.

Besonders merkwürdig ist bei dieser Pat. die Anordnung der Hörner. Sie safsen entweder dem Verlaufe der bedeutenden Hautnerven entsprechend, oder an Stellen, an denen man am meisten Haarfollikel (wie Os sacrum) und Talgdrüsen begegnet (Genitalien, Lenden.) Dies dürfte wohl für die Theorie ein Beweis sein, dafs die Hörner ihren Ursprung vorzüglich aus den Drüsengebilden nehmn.

Der zweite Artikel spricht über **Polytrichia acquisita**, die der Verf. je nach den Ursachen, die sie hervorrufen, als neurotica, irritativa und symptomotica unterscheidet.

Zu der ersten Kategorie gehören die Fälle von Hypertrichose nach Trauma; zu der zweiten die Fälle, die nach Reiben, reizenden Salben und nach einigen Hautkrankheiten entstehen, zu der dritten die Hypertrichosis senilis.

Der von ihm beschriebene Fall von erworbener Hypertrichose des Bartes und der Backen betrifft eine unverheiratete Hebamme von 56 Jahren, brünett mit etwas grauem Haar, welches am Kinn und an den Wangen die Länge von 1½ Zoll erreicht. Im 48. Jahre, als die Regel aufhörte, bekam Pat. diese Anomalie des Haarwuchses. In therapeutischer Beziehung erwähnt der Verf. als sicherstes Mittel die Elektrolyse.

Die angeborene Polytrichie und die Homines pilosi wurden von ihm schon im II. Teil seiner Sammlung beschrieben. Nun kamen aber in seinen Besitz die Photographien der Leichname von JULIA PASTRANA und ihres Kindes. Es ist höchst interessant, die Kenntnisse über diese angebliche Tochter einer Frau und eines

Affen zu vervollständigen. Sie ist ein kleines Subjekt mit schwach entwickeltem Skelette. Die Wirbelsäule ist zusammengedrückt, und die Christae ilei liegen viel höher als die Norm ist; die Arme sind deshalb viel länger. Die Haare bedecken das Gesicht vollkommen. Der Kinnbart ist ganz besonders lang. An den Pubes sind die Haare normal. Cuvier und Geoffroy Saint Hilaire meinten, daſs ein Antagonismus zwischen dem Haarsysteme und den Zähnen existiere und bei der Pastrana also die Zähne atrophisch erscheinen sollten. Die Meinung von Darwin war ganz die entgegengesetzte, und er erbrachte den Beweis dafür, daſs die Pastrana eine doppelte Reihe Zähne habe. Aber Magitot, der diese Gesetze der Verhältnisse zwischen Haar- und Zahnwuchs näher studierte (besonders auf der anthropologischen Ausstellung in Moskau 1879), kam zu dem Schlusse, daſs die Zähne der Pastrana eher atrophisch, als hypertrophisch waren, was wohl der Physiologie mehr entspräche.

Das Kind der Julia Pastrana, ein gut entwickelter Knabe, starb schon vor der Geburt, welche durch Kaiserschnitt beendet wurde. Bei dem Sohne sehen wir stark gewachsene Haare nicht nur auf dem Scheitel, sondern auch auf der Stirne.

Im Anschluſs an einen Vortrag über die **Alopecia areata benigna** bespricht Verf. einen Fall, in dem das Leiden mehrere Stellen des behaarten Kopfes affiziert hatte. Waschungen mit grüner Seife und mit Lösung von Resorcin (5%) und endlich mit Spir. lavandul. und mit Glycerin heilten den Pat. nach circa 2 Monaten. Verf. erwähnt zum Schluſs noch die neuen Beobachtungen über die Ansteckbarkeit der Area celsi, die auch Unna als beweiskräftig erscheinen. Seine persönliche Meinung huldigt auch mehr der parasitären Pathogenie des Leidens.

In einem Vortrage über die **Onychia syphilitica** analysierte Verf. verschiedene Formen dieses Leidens in den verschiedenen Perioden. Er unterscheidet dieses Leiden von den parasitären Erkrankungen der Nägel. Er stellte einen Pat. mit Infiltraten und succesiver Atrophie der Nägel vor. Mehrere Nägel wurden verdickt und darauf bröckelig und fielen aus, eine weiche rote Matrix an ihrer Stelle hinterlassend. Die Erkrankung begann am Ende des ersten Jahres nach der Infektion. Specifische Behandlung (innerlich Merkur und Bepinselung der Nägel mit Jodtinktur) heilten auf radikale Weise dieses Leiden.

Rupia syphilitica. Der Fall präsentierte nichts Besonderes, da es die gewöhnliche Rupia an den unteren und oberen Extremitäten und im Gesichte war. Das Merkwürdige dieses Falles ist seine Pathogenese. Patient litt beim Eintritte ins Spital an Rheumatismus articulationum acutus. Innerliche Anwendung von Natrium salicylicum und Natrium jodatum. Bald schwand der Rheumatismus, etwas später ebenfalls die Rupia. Pat. bekam zuletzt noch Sublimatinjektionen, später Kalomel, wurde gesund und gewann an Gewicht 40 Pfund. Einen ähnlichen Fall teilt auch Knoche in Kansas mit.

Erythema squamosum universale oder Chininexanthem (Köbner)? Verf. analysiert die Erytheme von dem Gesichtspunkte der fieberhaften Exantheme mit nachfolgender Desquamation. Von allen akuten Exanthemen wird keines von so bedeutender Desquamation gefolgt als Scharlach und Chininexanthem. Besonders merkwürdig bei den Medizinalexanthemen ist ihr mehrmaliges Auftreten nach jedem neuen Versuche von Chiningebrauch, und ferner die jedesmalige Desquamation, deren Intensität sich nach der Intensität des Fiebers richtet.

I. Fall. Ein Beamter, 35 Jahre alt, litt an Bronchopneumonie im März 1876. Der Arzt verordnete ihm Chinin, wonach ein Erythem mit nachfolgender Abschuppung (vom 16. bis 24. März) folgte. Als Verf. ihm am 1. April wieder Chinin (2 gr. täglich) verordnete, recidivierte das Fieber, die scharlachartige Rötung und Desquamation.

II. Fall. Ein 37jähriger Buchhalter litt schon seit seinem 10. Jahre an recidivierendem Erythema squamosum. Katarrhe und Husten wurden öfters von diesem Exantheme begleitet, besonders im Herbste und im Winter. Patient konsultierte Verf. wegen eines Blasenkatarrhs und Varicen. Er überreichte Verf. ein ganzes Paket Oberhaut, welche sich im Herbste 1887 losgelöst hatte. 1877, 1878, 1879 wiederholten sich diese Ausbrüche. Am 6. Dezember bekam er im Anschlufs an eine Adenitis inguinalis sin., welche in Eiterung überging und geöffnet wurde, wiederum eine Desquamation, die so bedeutend war, dafs z. B. die Oberhaut der Fufssohlen eine Art Pantoffeln darbot.

Anfang Januar 1880 besserte sich der Zustand des Patienten. Aber am 7. Jan. traten neue Schmerzen in der Gegend des Tuber ischii und in den Drüsen der linken Hüfte mit Fieber und neuer Desquamation auf, doch in geringerem Grade als das erste Mal. Natr. benzoicum innerlich.

In den beiden vorstehenden Fällen recidivierten das Fieber und das Erythem, im ersten Falle nach Gebrauch von Chinin, in dem zweiten Falle unter dem Einflusse der Erkrankung verschiedener Organe.

Da die folgende Arbeit über **Syphilis der fibrösen Gewebe und der Sehnenscheiden** schon im Jahre 1882 in der *Vierteljahresschrift für Dermatologie* publiziert wurde, so können wir uns das Referat darüber ersparen. Wir wollen nur bemerken, dafs diese Arbeit, welche damals ein ziemlich neues Gebiet der Syphilis berührte, manche neue Forschungen über diesen Gegenstand hervorgerufen hat.

Über Craniometrie bei angeborener Syphilis. Verf. zeichnet das komplizierte Bild der angeborenen Syphilis nach Parrot, Fournier, Wassilieff, Nicolai, Müller und anderen und macht die Bemerkung, dafs das Skelett öfters evidente Spuren von Lues congenita an sich trage. Atrophien, Osteosklerosen, Krümmungen, besonders nach Rhachitis, die so oft die Lues begleiten, sind fast konstant bei solchen Subjekten zu sehen. Am meisten interessant sind aber die Veränderungen am Schädel; dieselben sind ohne weiteres dem Studium zugänglich und stehen in sehr engen Beziehungen zu den Neurosen und Psychosen der mit Lues congenita behafteten Kinder. Die Diameteranomalien und -asymetrien des Schädels sind Folgen von frühzeitiger Ossifikation und Sklerosierung der Schädelsynostosen. Einige Suturen wachsen aber später zu und werden deshalb ausgedehnt, wodurch eine Erweiterung des Schädels stattfindet.

Die Syphilis ist wie die Rhachitis die häufigste Ursache dieser Anomalien. Als Anthropolog betrachtet Professor Vogt die Mikrokephalie als eine Erscheinung der Ausartung (Degeneratio). Atavismus, sagt er, ist eine zooanthropologische Erscheinung. Der Arzt kann aber dieser Erscheinung eine andere Deutung geben, da er die verschiedenen krankhaften Prozesse kennt, die zur Ausartung führen. Syphilis und Rhachitis sind hauptsächlich solche krankhafte Prozesse.

Aber auch die Kriminalisten legen grofse Wichtigkeit auf Anomalien des Schädels. Sie haben aber noch nicht genug festen Boden dazu. Lombroso meint, dafs die Anomalien des Schädels um das doppelte frequenter seien (69%) bei unmoralischen, als bei moralisch unverdorbenen Knaben (30%). Nach ihm trifft man öfters bei Psychopathen die „ossificatio praecox der Suturen, und bei Verbrechern — die Ossifikation der Fossa occipitalis.“

Als Leitfaden für die kraniometrischen Untersuchungen nimmt der Verf. das Werk von Broca: Allgemeine Instruktionen für anthropologische Beobachtungen. Paris 1864. Von mehreren komplizierten Apparaten Brocas empfiehlt er besonders den Meter, die Mefsbänder, die Bänder aus Zinn, den Zirkel oder

Pelvimeter von BAUDELOQUE und den Physiotyp von HUSCHKE, welche für eine syphilitische Klinik unentbehrlich sind. Ebenso der Kephalometer von ANTHÈLME.

Zum Schlusse gibt Verf. 4 Krankengeschichten von Kindern, deren Eltern er an Lues behandelt hatte. Nur ganz genau beobachtete Fälle und mit sicherer Lues der Eltern haben einen Wert für die uns interessierende Frage. Bezüglich der interessanten Krankengeschichten müssen wir auf das Original verweisen, da uns der Raum für ein ausführlicheres Referat etwas knapp zugemessen ist.

Verf. analysiert ferner den **Einfluſs der die Syphilis komplizierenden und interkurrierenden Krankheiten**, 1. der akuten, z. B. Masern, Scharlach und Pocken, Erytheme etc., und 2. der chronischen (Psoriasis, Lepra, Rhachitis). Besonders merkwürdig ist die Komplikation der Syphilis und Rhachitis, welche sehr häufig die Kinder befällt (50 %). Aber die schwächsten Grade der Rhachitis (IV. Grad) beobachtet man gerade bei den Subjekten, die frei von Syphilis sind. Man möchte sagen, daſs zwischen Syphilis und Rhachitis ein Antagonismus existiere, weshalb die syphilitischen Kinder nicht zu stark von Rhachitis verunstaltet werden. Dieser Umstand, und ferner die Erkrankung an Rhachitis der nicht syphilitischen Kinder gibt dem Verf. einiges Recht, dieses Leiden als eine Krankheit sui generis zu betrachten. Nach dem Erlöschen der Rhachitis kann die Syphilis noch mehrere Jahre bestehen.

Ein Fall von Sklerodermia diffusa wurde vom Dr. PUSENKIN, Assistent der Klinik für Hautkranke in Moskau, beobachtet und in dieser Sammlung publiziert. Wir übergehen die Geschichte des Skleroms und erwähnen hier nur die Krankengeschichte.

Patientin, eine nervöse Frau von 30 Jahren, war in ihrer Jugend skrofulös. Im September 1887 bekam sie eine Erkältung mit Fieber und Ödem des Gesichtes, so daſs ihre Augen geschlossen waren. Seitdem keine Schwellung mehr. Im April merkte sie Verhärtung der Haut auf den Armen, später, im Juni, an der Brust, am Unterleib und an den Beinen. Hals und Arme sind kaum beweglich. Temperatur der Hand 30,5 bis 31,7, in der Axilla 36,8. Die Händekraft: rechte Hand 5, linke 25 Kilo. Hautperspiration (mit dem Apparate von HEDHARDT) = 0. Elektrotherapie, Pilokarpin in subkutanen Einspritzungen und Eisen innerlich besserten bedeutend den Zustand der Kranken.

G. VON ANTAL. **Spezielle chirurgische Pathologie und Therapie der Harnröhre und Harnblase.** Stuttgart 1888. F. ENKE.

In vorliegendem Werke hat A. quasi sein wissenschaftliches Testament der medizinischen Nachwelt übergeben. Der vor kurzem so plötzlich Verstorbene hat mit wunderbarer Klarheit und Gründlichkeit seine eigenen Erfahrungen darin niedergelegt und nur die bewährtesten Methoden anderer mit aufgenommen.

Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit den chirurgischen Krankheiten der Harnröhre, und ist namentlich das Kapitel über die Strikturen ein hochinteressantes zu nennen. Vermiſst haben wir das Thema der sog. „weiten Strikturen".

Der 2. Teil, die Krankheiten der Blase, ist bei weitem der wichtigere; hier merkt man aus jedem Kapitel, daſs der Verf. nicht nur ein tüchtiger Chirurg, sondern auch ein vollendeter Cystoskopiker war. Immer und immer wieder führt A. die Wichtigkeit der Cystoskopie vor Augen und weist an seinem Krankenmaterial nach, daſs die richtige Diagnose durch die Cystoskopie gestellt die Operation um die Hälfte erleichtert.

Die Ausstattung des Buches an Farbentafeln und Holzschnitten ist eine äufserst opulente. Um so mehr ist es zu verwundern, dafs demselben ein Sachverzeichnis nicht beigegeben ist. Ohne ein solches ist ein so umfangreiches Buch, wie das vorliegende, schwer zu handhaben. *P. Taenzer-Leipzig.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Cirkulationsstörungen.

Bemerkungen über einen Fall von akutem cirkumskriptem Ödem der Haut, von Courtois-Suffit. (*Annales de derm. et de syph.* 1889. No. 11.) Der 21jährige Patient hat seit einiger Zeit vorübergehende, 2 Tage etwa bestehende urticariaartige, mit Rötung und Schwellung einhergehende Stellen auf den Wangen und Daumen bemerkt. Bei seinem Eintritt in das Hospital zeigt er zahlreiche, umschriebene, ödematöse Plaques von sehr charakteristischem Aussehen. Die verschiedenartigsten internen Medikationen blieben ohne Erfolg. — Die Diagnose sei schwierig; es ähnele am meisten einem „Urticaire géante"; besonders ähnele es dem von Riehl publizierten Fall von cirkumskriptem akuten Ödem der Haut.

Verf. läfst nun eine Übersicht der bislang beschriebenen ähnlichen Fälle folgen, aus denen er dann folgendes Gesamtbild der in Rede stehenden Affektion zusammenstellt.

Ätiologisch haben sich keine bestimmten Anhaltspunkte ergeben.

Klinisch ist die Krankheit gut abzugrenzen. Ohne oder mit unbedeutenden Prodromen, wie Unbehagen, gastrische Störungen, tritt die Affektion plötzlich auf und tritt gleich in ihrer ganzen Ausdehnung in die Erscheinung; sie erreicht ihren Höhepunkt auf einmal ohne entzündliche Erscheinungen.

Es handelt sich um eine Infiltration des subkutanen Zellgewebes der Haut und gewisser Schleimhäute. Bevorzugt sind: Gesicht, Augenbrauen, Wangen, Lippen. Weniger disponiert der Stamm. Mehr disponiert sind die Geschlechtsteile, Skrotum, Penis. Die Ausdehnung der ödematösen Partien ist aufserordentlich variabel, von Fünffrankstück- bis Handtellergröfse.

Das Aussehen der Affektion ist sehr charakteristisch: Inselartige Schwellungen, mit ziemlich scharf bestimmten Rändern; die bedeckende Epidermis ist ad maximum ausgedehnt und von glänzendem Aussehen; die Färbung wechselt von hochrot bis leicht rosa. Jucken fehlt stets vollkommen. Das Charakteristischste an der Affektion ist ihre grofse Unbeständigkeit, Flüchtigkeit, mit isolierten, aber ununterbrochenen Nachschüben.

Die affizierten Partien erreichen schnell, in wenigen Stunden, ihre höchste Schwellung, die Affektion besteht nur sehr kurze Zeit und verschwindet plötzlich, ohne Spuren zu hinterlassen, in 24 Stunden. Aber noch während der Rückbildung der ersten Plaque bilden sich schon weitere und so fort — jedes Ödem ist eine äufserst ephemere Erscheinung. Die Affektion geht auch auf die Schleimhäute über und wird hier manchmal gefährlich; es kann zu Glottisödem ähnlichen Affektionen kommen.

Im allgemeinen fehlen aber während des ganzen Verlaufes schwere Erscheinungen. Die Affektion ist von langer Dauer und fast regelmäfsig recidivierend. — Wird dieselbe Stelle häufiger vom flüchtigen Ödem befallen, so kann dauernd Schwellung zurückbleiben. (Riehl.)

Wahrscheinlich liegen vom Centralnervensystem ausgehende, vasomotorische Störungen vor.

Die Differentialdiagnose können wir kurz übergehen, da die Diagnose leicht ist und kaum zu Verwechselungen mit rheumatischen Ödemen Anlafs gibt. Nur mit Urticaria könnte Verwechselung eintreten; aber das fehlende Jucken, das ephemere Bestehen der Einzelefflorescenzen schützen vor Verwechselung.

von Düring-Konstantinopel.

Ein seltener Fall von Idiosynkrasie gegen Tannin bei äufserlichem Gebrauche, von Dr. Victor Lange in Kopenhagen. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1890. No. 1.) Bei einem 29jährigen Patienten wurde der Rachen wegen eines Katarrhs mit einer Tanninlösung 1 : 15 gepinselt. Unmittelbar darauf entstand eine starke Anschwellung der Schleimhaut, eine vollständige Verstopfung der Nase und eine riesige wässerige Sekretion. Die Untersuchung ergab ein grofses Ödem des weichen Gaumens und der Uvula. Eine Stunde nach der Pinselung klagte der Kranke über ein leichtes Benommensein und ein unerträgliches Jucken auf dem ganzen Körper; es zeigte sich ein ausgesprochenes universelles Urticariaexanthem, das am nächsten Tage geschwunden war. Das Ödem der Uvula bestand noch einige Tage.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein Exanthem, durch den Gebrauch von Rhabarber hervorgerufen, von H. Goldenberg. (*New-York Med. Journ.* Dez. 14. 1889.) Es handelt sich um einen 64jährigen Matrosen von anämischem Aussehen, dessen Urin — spärlich an Menge — 2 % Eiweifs enthielt. An beiden Backen symmetrisch angeordnet befindet sich eine Anzahl rötlich-brauner, erbsen- bis bohnengrofser Efflorescenzen, auf tiefinfiltrierter Basis. Das Ganze macht den Eindruck unregelmäfsiger, an der Oberfläche mit siebförmigen Öffnungen versehener Tumoren, die mit dicken Eiterkrusten bedeckt sind. Ähnliche Erscheinungen fanden sich an den Händen vor. Kurz vorher hatte der Patient Rhabarber eingenommen. Nach Einstellung aller internen Medikation gab Verf. dem Patienten eine Woche darauf eine Mixtur, die Rhabarber enthielt. Ungefähr 6,0 Pulvis Rhei wurde verabreicht und rief eine dem zuerst vorhandenen Ausschlag analoge Eruption hervor. Dann heilten die Läsionen allmählich, kehrten aber am 4. Tage, da der Patient irrtümlicherweise die Rhabarber-Medizin wieder einnahm, aufs neue zurück. Der Patient ging später an purulenter Peritonitis zu Grunde.

Leviseur-New-York.

Zur Kasuistik der Arzneiexantheme, von Dr. A. Silberminz. (*Med. Obosrenije.* 1889. No. 23. russ.) Verf. teilt einen Fall mit, wo bei einem Syphilitiker am 4. Tage einer Zittmann-Dekokt-Kur zuerst an den Fingern, dann an den Zehen ein akutes Ekzema vesiculosum auftrat. S. meint, dafs es sich hier um eine Dermatose infolge des Kalomelgehaltes des Dekoktes handele. [Sollten nicht die anderen Ingredienzen des Dekoktes wenigstens ebenso schuldig sein? Ref.]

O. Petersen-Petersburg.

Zwei Influenzafälle mit Erythema papulosum, von Dr. Béla Medvei, Budapest. (*Int. kl. Rundschau.* 1890. No. 4.) Die von dem Verf. mitgeteilten Fälle betreffen ein Ehepaar, bei welchem sich am zweiten Tage der Erkrankung an Influenza an der Brust und den vorderen Seiten der Arme ein Erythem entwickelte, das linsengrofse, über das Niveau der Haut sich erhebende, rötliche, auf Druck erblassende Papeln darstellte. Nach einigen Tagen war dasselbe wieder verschwunden.

Zu bemerken ist noch, dafs von keinem der beiden Patienten ein Antipyreticum genommen wurde. *Gründler-Dresden.*

Einfache Entzündungen.

Zoster femoralis im Anschlufs an eine intramuskuläre Salicylquecksilber-Injektion, von Dr. K. Touton. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. Heft 6.) Verf. beobachtete an einem mit Lues inficierten 29jährigen Kaufmann, bei welchem er eine aus 5 intramuskulären Salicylquecksilberinjektionen bestehende Sicherheitskur eingeleitet hatte, bei der dritten Injektion einen Zoster femoralis abortivus, dessen Zusammenhang mit der Injektion unzweifelhaft war. Bei der Frage, ob es sich um einen durch direktes Trauma eines kleinen peripheren Nerven entstandenen Zoster oder um einen reflektorischen Zoster traumaticus handelt, entscheidet sich T. für Reflexzoster. *Gründler-Dresden.*

Über Pemphigus chronicus malignus, von Prof. Mosler in Greifswald. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 1.) Bei einer 39jährigen Patientin stellten sich vor ungefähr 4 Jahren ohne besondere Ursache linsen- bis erbsengrofse Blattern auf dem Zahnfleisch, der Zunge und dem Gaumen ein. Aus ihnen entwickelten sich Geschwüre, die ziemlich tief gegangen sind. Die Zähne, bis dahin ganz gesund, wurden nunmehr krank; ein Teil brach vollständig ab. Kurz vor Weihnachten 1888 zeigten sich Blasen von Erbsen- bis Fünfmarkstückgröfse nach Art der Brandblasen auf der Stirn, auf dem Rücken und dem Bauche. Die Blasen auf Stirn und Rücken vertrockneten und verschwanden ohne Residuen; am Bauche recidivierten dieselben immer wieder. Nach 8 Wochen entwickelten sich unter Fieber rasch auf Bauch, Rücken, Armen, unteren Extremitäten gröfsere und kleinere Blasen mit wässerigem Inhalt, der bald eiterig wurde. Indem neue Blasen sich hinzugesellten, entstanden immer gröfsere Wundflächen. Durch den weitverbreiteten Ausschlag hatte die Kranke ein sehr lästiges Gefühl von Brennen und Jucken über den ganzen Körper, alle Bewegungen verursachten Schmerzen, daher Rückenlage. Therapie: Lagerung auf einem Wasserkissen, Ausspülung des Mundes mit

Acid. salicyl. 2,0
Tinct. Ratanhae 20,0
Spirit. Vini 120,0
Ol. Menth. pip. gtt III

M. D. S. Je einen Theelöffel auf ein gröfseres Glas Wasser.

Täglich ein prolongiertes Warmwasserbad, darnach Einpuderung mit Salicylstreupulver, Watteeinwickelung. Kräftige Ernährung; gegen die Schlaflosigkeit Sulfonal und innerlich grofse Dosen Jodkalium. Anfangs Besserung, seit dem 21. September bedeutenderes Fieber, Blasen treten überall in vermehrter und vergröfserter Form auf; nach Chinin etwas Besserung, doch schliefslich trat am 18. Oktober unter Lungenödem der Tod ein. Die Sektion ergab: Pemphigus chronicus, Pneumonia fibrinosa lobi superioris sinistri, Pleuritis exsudativa sinistra, Embolia arteriae pulmonalis dextrae et sinistrae. Atelectasis lobi inferioris sinistri. Infiltratio adiposa hepatis cum ictero. Hyperaemia renum. Cystitis haemorrhagica et diphtheritica recens. Cicatrix linguae.

Wichtig ist in diesem Falle die Thatsache, dafs ein intensiver Pemphigus der Mund- und Rachenhöhle dem Auftreten des Pemphigus auf der äufseren Haut vorausgegangen und mehrere Jahre ohne gleichzeitige Erkrankung der Haut in solcher Intensität bestanden hat. *L. Hoffmann-Berlin.*

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Lupus der Zunge, von H. Leloir. (*Annales de Dermat. et de Syph.* No. 11. 1889.) Ein Fall von Lupus „semi-sclerosus“ der Zunge, kompliziert mit Lupus vulgaris der Nase, der Oberlippe, des Zahnfleisches, des Isthmus faucium, des Pharynx und Larynx; skrofulo-tuberkulöse Entzündungen der Glandulae submaxillares, cervicales, supra-claviculares; — recidivierende Lymphangitiden unter dem Bilde des „erisipèle blanc dit des strumeux“; recidivierende Nachschübe von Lungentuberkulose, die wiederholt sich nach vorhergängigen Nachschüben von Lymphangitis und Schwellungen der lymphatischen Glandulae submaxillares, cervicales et supraclaviculares einstellten; Herpes der Interskapulargegend.

Bestätigung der Diagnose durch den pathologisch-anatomischen Befund, durch Bacillenbefund, durch Verimpfung. Es wurden zu dem Zwecke Teile der Zungenaffektion, des Zahnfleisches und der Nase verwendet.

Diese Überschrift der Arbeit gibt den wesentlichen Inhalt der Leloirschen Arbeit wieder; das Nähere ist im Original einzusehen. Besonders interessant ist, daſs die Impfungen (in Bauchhöhle und vordere Augenkammer) erfolgreich waren und so die Diagnose bestätigten.

Diese Beobachtung ist jedenfalls auſserordentlich selten; Leloir hat nur eine eigene Beobachtung zu erwähnen; die Bendersche Beobachtung (Über Lupus der Schleimhäute, *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1888) läſst er als zu fragmentarisch nicht für genügend gelten. *von Düring-Konstantinopel.*

Behandlung der Tuberkulose mit Perubalsam, von Dr. A. Landerer-Leipzig. (*Intern. klin. Rundschau.* 1889. No. 44.) 22 Fälle, teilweise seit Jahren behandelter tuberkulöser Drüsenaffektionen brachte L. mit Perubalsam — rein, mit Äther gemischt, mit Heftpflastermasse etc. — ohne Operation zur Heilung. Ebenso unterzog er mit Erfolg 74 Fälle von Tuberkulose der Knochen und Gelenke der Behandlung mit Perubalsamemulsion (zuerst Gummischleim, dann Eidotter), teils durch Ausspritzen der eiternden Fisteln mit Perubalsamäther, teils nach Auskratzung und Resektion, Tamponade mit Gaze, welche mit Perubalsam getränkt ist.

Innerliche tuberkulöse Prozesse behandelt L. mittels intravenöser Injektion von Perubalsamemulsion mit Eidotter, wodurch er ebenfalls gute Erfolge erzielte.

Gründler-Dresden.

c. *Syphilis.*

Harter Schanker am Finger, von Dr. P. Burzew. (*Med. Beilagen des Marine-Archivs.* 1889. Juli.) Auf einer Korvette, die sich auf der Reise im Stillen Ozean befand, war ein syphilitischer Matrose, welcher eine Schmierkur durchmachte. Als er dabei einst ein Wannenbad nahm, bat er einen anderen Matrosen, ihm dabei behilflich zu sein. Letzterer hatte nicht beachtet, daſs er an den Händen Riſswunden hatte. Diese verheilten bald darauf, bis auf eine Wunde zwischen Handteller und erster Phalanx des rechten Zeigefingers, die 12 Tage nach besagtem Bade sich in ein charakteristisches Ulcus induratum verwandelte. Es folgten Polyadenitis, Roseola. Charakteristisch war die besonders starke Schwellung der Achsel- und Halsdrüsen rechterseits. *O. Petersen-Petersburg.*

Einige Fälle extragenitaler Syphilisinfektion, von Dr. P. Poletajew. (*Wratsch.* No. 40. russ.) Bekanntlich ist die Extragenitalinfektion unter der Land-

bevölkerung Rußlands leider eine sehr häufige Erscheinung, und oft gelingt es nicht, die Invasionsstelle der Krankheit nachzuweisen. Verf. gibt nun einen bisher zu wenig beachteten Infektionsmodus, auf Grund von 11 Fällen. Unter den Bauern ist das Schröpfen noch sehr beliebt, und erweist es sich, daß die Schnepper nicht selten die Überträger der Syphilis sind. In den erwähnten 11 Fällen konnte Verf. jedesmal Ulcera indurata am Rücken, wo geschröpft worden, nachweisen. Charakteristisch dabei ist die Multiplizität der harten Schanker (2—3). *O. Petersen-Petersburg.*

Fußgangrän infolge von Syphilis, von Dr. SCHUSTER. (*Archiv für Derm. u. Syph.* 1889. Heft 6.) Ein 37jähriger, kräftiger Patient, welcher vor mehreren Jahren Syphilis überstanden hatte, wurde mit der Diagnose Gangrän des Fußes infolge von Arteriosclerosis nach Aachen geschickt. Bei seinem Eintritt in die Behandlung des Verf. war die erste bis dritte Zehe kohlschwarz mumifiziert, tot, vierte und fünfte auf Nadelstiche empfindlich. Arteria tibialis postica und poplitea pulslos, dagegen die Femoralis fühlbar, jedoch ein Blasegeräusch über derselben hörbar. Auch der linke Fuß befindet sich im Zustand lokaler Synkope, kühl, und hat das Gefühl der Taubheit, wie der rechte. Art. tibial. postic. ebenfalls nicht fühlbar. Sonst keine Residuen von Lues vorhanden, ebenso besteht kein Diabetes und fehlt jeder Anhalt einer Rückenmarkserkrankung. Das Blasegeräusch der Femoralis, die bestehende Pulslosigkeit beider Art. tibial. postic., die früher bestandene Syphilis weisen daher auf eine ausgedehnte luetische Erkrankung der Arterien, insbesondere der Fußarterien, hin. Da eine kombinierte fünfwöchentliche spezifische Kur keine Besserung herbeiführte, im Gegenteil die Gangrän weiter fortschritt, wurde im unteren Drittel des rechten Unterschenkels amputiert. Die vorgenommene Untersuchung des amputierten Fußes ergab ein Freisein des Lumen der Art. tibialis antica, dagegen sitzen in der Art. tibial. postic., anscheinend von der Intima ausgehend und in das Lumen frei hineinragend in geringer Entfernung von einander zwei linsengroße Gummata, außerdem erscheint an einzelnen Stellen die Arterienwandung verdickt.

Der mitgeteilte Fall ist dadurch interessant, daß nirgends eine sonstige Andeutung von Syphilis auffindbar und nur eine Veränderung in der Funktion der Arterien nachweisbar war. *Gründler-Dresden.*

In der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Wiener Ärzte am 17. Januar c. a. sprach Prof. NEUMANN über **extragenitale Sklerosen**, welche von ihm in den letzten 10 Jahren in 84 Fällen beobachtet wurden, und von denen 36 Männer und 48 (also 57 %) Frauen betrafen.

In 18 Fällen war der Sitz derselben die Oberlippe, 28 mal die Unterlippe, 2 mal an der Wange, 8 mal am Mundwinkel, 4 mal am Kinn, 1 mal an der hinteren Pharynxwand und am linken Gaumen, 2 mal an der Tonsille, 2 mal am rechten Nasenflügel, 2 mal am Augenlid, 10 mal an den Fingern und der Hand, 4 mal an der weiblichen Brustwarze, 1 mal am Nabel eines 5 Monate alten Kindes und 3 mal am Anus. Die an diese Sklerosen sich anschließenden Exantheme waren 34 mal makulös, 11 mal papulös, 19 mal maculopapulös und 1 mal pustulös; in fast allen Fällen kompliziert mit breiten Kondylomen am Penis und Anus. Dagegen traten schwere luetische Erscheinungen selten auf, 2 mal Iritis und 1 mal Periostitis tibiae. Ebenso zeigten der Verlauf und die Recidive der Syphilis keine Abweichung von der nach genitalen Sklerosen acquirierten, auch war der Ausbruch des Exanthems nicht wesentlich herausgeschoben.

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt der Vortragende zu folgenden Schlüssen:

1. Es ist ohne Belang für den Organismus, ob die Sklerose genital oder extragenital sitzt.

2. Bei beiden Arten der Sklerosen ist der Prozentsatz, ob es sich um eine schwer oder leicht verlaufende Form von Syphilis handelt, gleich, und ist der Ursprung der schweren Form nicht im Sitze der Initialsklerose, sondern in Konstitutionsanomalien, schlechten Lebensverhältnissen und anderen, den Organismus schwächenden Faktoren zu suchen. Extragenitale Sklerosen werden leider häufig zu spät als solche erkannt, wenn durch die Syphilis schon erhebliche Störungen im Organismus hervorgerufen worden sind.

3. Die Häufigkeit des Auftretens extragenitaler Sklerosen gibt Aufschlufs über die Moral nicht nur einzelner Individuen, sondern ganzer Nationen.

4. Ohne besondere Berücksichtigung der extragenitalen Sklerosen ist eine Prophylaxe und Einschränkung der Syphilis nicht möglich. (*Internationale klin. Rundschau.* 1890. No. 4.) *Gründler-Dresden.*

Über das Pigment-Syphilid, von Dr. J. Mayew. (*Wratsch.* No. 48 u. 51. russ.) (Vortrag auf dem internationalen Dermatologen-Kongrefs in Paris.) Nach Darlegung der herrschenden Ansichten (die einen halten die weifsen Flecke für das primäre und die periphere Pigmentanhäufung für sekundär, die andern nehmen eine primäre Pigmentvermehrung infolge veränderter Thätigkeit der Zellen an) gibt Verf. das Resultat 3jähriger Beobachtung in der Klinik des Prof. Tarnovski. Er hat im ganzen das Pigmentsyphilid bei 28 Patienten (unter 448 Patienten der kondylomatösen Periode) beobachtet. M. konnte 3 Phasen der Erkrankung konstatieren: Beginn, Ausbreitung und Abnahme. In $^1/_3$ der Fälle konnte er das Anfangsstadium beobachten: Zuerst findet eine diffusse Pigmentvermehrung gewöhnlich in der Halshaut statt. Letztere erhält eine gelblichgraue bis schmutziggelbliche Färbung, die unbemerkt in die gesunde Färbung übergeht. Nach einiger Zeit treten in dieser diffus gefärbten Haut zuerst vereinzelt kleine hellere Flecke auf, die sich vermehren und dann der Haut das Ansehen schleimförmig verteilter, bräunlicher Maschen geben, zwischen denen rundlich hellere Flecke sichtbar sind. Die früher gelblichgraue Färbung nimmt einen mehr gesättigten, bräunlichen Ton an, während die helleren Flecke immer blasser werden. Die braune Färbung hält nur kurze Zeit an und nimmt dann wieder ab, und je mehr dieses geschieht, um so mehr nähern sich die weifslichen Flecke auch wieder der normalen Hautfärbung. Dabei verlieren sie auch wieder ihre runde oder ovale Form und werden polygonal und vereinigen sich, so dafs verschiedene Formen entstehen. — Was die Zeit der Entstehung des Pigmentsyphilides betrifft, so konnte M. in einer Reihe von Fällen konstatieren, dafs sie $2^1/_2$ bis 5 Monate nach Erscheinen des Ulcus induratum auftraten, also relativ früh. Ferner konstatiert auch M., dafs es sich sehr lange Zeit hält und weder durch Jodkalium, noch durch Hg-Behandlung beeinflufst wurde.

Um die histologische Seite der Frage zu klären, hat Verf. bei 4 Patienten Hautstückchen excidiert (und zwar von verschiedenen Stadien) und untersucht. Dabei fand er, dafs an denjenigen Stellen, wo die Haut dunkel pigmentiert war, die Malpighische Schicht 2—3 mal an Umfang zugenommen hat und in ihrer ganzen Dicke sowohl in, als zwischen den Zellen Pigmentkörnchen enthält. Die kleinen Arterien und Venen zeigen Verdickung der Wandungen, infolge von Infiltration mit Rundzellen und Entwickelung junger Bindegewebsfasern, das Endothel gequollen. In der Umgebung der Gefäfse findet man, namentlich in der Papillarschicht, zahlreiche runde, eiförmige und sternförmige, pigmentierte Zellen mit deutlichem Kern. Ebensolche Zellen in bedeutender Menge in der Adventitia der Gefäfse. Freie Pigmentkörnchen findet man ebenfalls sowohl in der Umgebung der Gefäfse, wie auch im

Bindegewebe. An den Stellen, wo die hellen Flecke an die pigmentierten grenzen, ist die Epidermis verdünnt, desgleichen das Stratum Malpighi, das Strat. lucidum kaum sichtbar. Im Centrum der hellen, runden Flecke ist stellenweis die Epidermis so verdünnt, daſs sie nur aus 1—2 Reihen Zellen besteht. Dabei lassen sich die Kerne nicht mehr färben. Je mehr man sich dem Centrum des weiſsen Fleckes nähert, um so mehr nimmt das Pigment der Zellen des Strat. Malpighi ab, um schlieſslich ganz zu fehlen. Die Gefäſse sind fast leer und lassen sich im Centrum der weiſsen Flecke kaum auffinden.

Auf Grund dieser Befunde kommt M. zum Schluſs, daſs es sich beim Pigmentsyphilid um eine specifische, chronische Entzündung handele. Im Anfangsstadium handelt es sich um Affektion des Endothels und Infiltration der Adventitia. Die Folge davon ist Cirkulationsstörung, die zerfallenden roten Blutkörperchen geben freies Pigment, welches sich in die Gefäſswände und die Zellen des Strat. Malpighi niedersetzt. Im weiteren Verlaufe obliterieren die Gefäſse, die Kapillaren verdicken sich anfangs, dann atrophieren sie. Das Pigment wird resorbiert und es entsteht der weiſse, rundliche Fleck. *O. Petersen-Petersburg.*

Aus der Praxis.

No. 16. **Mittel gegen Frostbeulen und aufgesprungene Hände.** Folgendes Mittel hat sich mir in zahllosen Fällen so trefflich bewährt, daſs ich es aufs dringendste empfehlen kann.

Kali caustic.		1/2%
Glycerin		
Alkohol	āā	20%
Wasser		60%

Man badet erst die Hände in warmem Wasser und reibt dann dieselben mit der Mischung ein. Einmaliger Gebrauch täglich führt meist in 2 oder 3 Tagen zur Heilung. Für die elegante Praxis setzt man Parfüme nach Belieben zu.

Tokio, Japan, 10. Dez. 1889. *Prof. Dr. Baelz.*

Korrespondenz.

Wien, Januar 1890.

No. 17. Mit besonderem Vergnügen folge ich Ihrer Einladung, Ihnen periodische Mitteilungen zu senden über die wichtigeren Vorgänge in der Dermatologie und Syphilis, welche sich auf unserem speziellen Wiener Gebiete abspielen.

Ich beginne mit dem hauptsächlichsten Streitobjekte in der modernen Syphilistherapie. Ich meine das von Prof. Lang in die Praxis eingeführte **Oleum cinereum**.

Prof. Lang und mit demselben seine Schüler haben das Verfahren in jeder Hinsicht genau geprüft und in einer Reihe von Publikationen, die der Urheber der Methode in der *Wien. med. Wochenschrift* No. 48—50 beschlieſst, von allen Seiten beleuchtet. Die Injektionen werden natürlich mit Beobachtung antiseptischer Kautelen ausgeführt, und zwar unter die Haut des Rückens. Nach einer nahezu anderthalbtausend Injektionen umfassenden Statistik blieben 75—80 % der Injektionen ohne nachfolgende lokale Reaktion, 15—20 % zeigten eine mäſsige Reaktion, bestehend in geringem Schmerz und kleiner, meist nur 3–4 Tage konstatierbarer Infiltration. In 4—5 % der Fälle zeigte sich Rötung der Haut und lebhafterer Schmerz, in 9 Fällen, also in einem Bruchteile eines Prozentes, entstand Fluktuation an der Injektionsstelle,

und nur in einem einzigen Falle erfolgte spontane Eröffnung des mortifizierten Herdes nach aufsen, während sich die anderen resorbierten.

In einem Kubikcentimeter enthält das fünfzigprozentige Oleum cinereum 0,810 Gramm Hg, das dreifsigprozentige 0,369 Gramm. Prof. Lang ist äufserst vorsichtig in der Dosierung, umsomehr, als er grofse Dosen für durchaus nutzlos hält. Ein Schema der Injektionsbehandlung, wie sie neuestens an Prof. Langs Abteilung geübt wird, ist das folgende:

In der ersten Woche erhält der Patient an 2 Stellen des Rückens, rechts und links vom Rückgrat, je 0,1—0,2 ccm des dreifsigprozentigen grauen Öles, zusammen also 0,2—0,4 ccm. Im Falle das fünfzigprozentige Präparat zur Anwendung kommt, werden zuerst an zwei Stellen je 0,05 ccm, nach 2 bis 3 Tagen ebensoviel an je zwei Stellen injiziert, oder aber nur zwei Injektionen innerhalb 2—3 Tagen mit je 0,05 ccm gemacht. Früher wurde nach der ersten Injektionswoche eine gröfsere Pause gemacht, gegenwärtig haben sich ununterbrochene Injektionen als zweckdienlicher herausgestellt; diese werden also jede Woche vorgenommen, solange der Prozefs eben eine Quecksilbertherapie erheischt, und zwar wird jede Woche einmal 0,1 ccm des dreifsigprozentigen oder 0,05 des fünfzigprozentigen Präparates injiziert.

Nebst der geringen lokalen Reaktion, die verteilte Einzelgaben nach sich ziehen, war insbesondere der Umstand bei Normierung dieser kleinen Dosen mafsgebend, dafs die Resorption des bestimmten Quantums leichter und schneller vor sich geht, wenn es auf mehrere Injektionen verteilt ist.

In schweren Fällen hat Prof. Lang nach Einverleibung in der obenerwähnten Weise von 1,5—2,0 ccm des dreifsigprozentigen grauen Öles (oder 0,7—1,0 des fünfzigprozentigen) eine vierwöchentliche Pause eintreten lassen, und dann wöchentlich 0,1 ccm oder zweiwöchentlich 0,2 ccm des dreifsigprozentigen, resp. die halben Volumina des fünfzigprozentigen grauen Öles injiziert.

Hinsichtlich der Indikationen als auch der Kontraindikationen und der eventuellen Nachteile der Quecksilbereinverleibung unterscheidet sich das graue Öl nicht von anderen Merkurpräparaten. Seine Wirkung ist nicht minder prompt, seine unangenehmen Nebenwirkungen, namentlich die Salivation lassen sich ebensogut bekämpfen und unterdrücken, wie bei Anwendung jeder anderen Merkurverbindung, wofern man nur mit der gehörigen Aufmerksamkeit und Konsequenz vorgeht. Wohl sind aber die Vorteile, die in der Exaktheit, genauen Dosierung, Reinlichkeit und in der verhältnismäfsig geringen Zahl der nötigen Einspritzungen bestehen, recht bemerkenswert. Prof. Lang findet aufserdem, dafs bei der ganz allmählich erfolgenden Resorption des deponierten Merkurs eine über die Behandlungsdauer weit hinausreichende Nachwirkung vorhanden sei, die gewissermafsen eine gegen etwaige Recidive gerichtete prophylaktische Kur, „eine Überdispensation“ darstelle.

Nach Sichtung seines gesamten Materials findet Prof. Lang, dafs sein Verfahren eine durchaus einwandfreie Methode bildet, wenn sie bezüglich Indikationsstellung, Art der Ausführung und Dosierung nach seiner Vorschrift gehandhabt wird, und weist mit Hinweis auf die zu grofsen Dosen anderer Autoren, z. B. Kaposis und Hallopeaus, die auf ihre schlechten Erfahrungen gegründeten Vorwürfe gegen seine Methode selbst als durchaus ungerechtfertigt zurück.

Die **Schicksale der kongenital syphilitischen Kinder** eingehender zu verfolgen, ist dem Syphiliater, der seine Patienten nur gelegentlich ausgeprägter syphilitischer Erscheinungen zu Gesicht bekommt, weniger gut möglich, als dem Kinderarzte, der sie bei jeder Erkrankung sehen und ihren körperlichen Entwickelungsgang im Auge behalten kann. Dr. Hochsinger, Ordinarius des unter der Direktion des

Docenten Dr. Kassowitz stehenden Kinderkrankeninstitutes in Wien, hat das riesige Material dieser Anstalt benützt, um in der erwähnten Frage einige Klärung zu bringen. Die Resultate seiner Untersuchungen, die er in der *Allg. Wien. Med. Zeitung* No. 45—48 darlegt, sind von 265 genau beobachteten Fällen deduziert, von denen 63 über 4 Jahre lang bis zu einem Zeitraum von 20 Jahren in genauer Evidenz gehalten werden konnten. Die Behandlung bestand, insofern sie gegen die Lues gerichtet war, in der innerlichen Verabreichung des Protojoduretum Hydrargyri, von deren Wirkung der Verf. sehr zufriedengestellt ist. Aus seinen Tabellen ist ersichtlich, daſs Exantheme im allgemeinen nur bis zu dem vierten Lebensjahr auftraten, und die späteren Manifestationen den tertiären Formen angehören. Der Verlauf der her. Lues ist im allgemeinen ein durchaus günstigerer, als er gemeiniglich in der Litteratur geschildert wird.

Eine bemerkenswerte Schluſsfolgerung zieht der Autor hinsichtlich jener nach Hutchinson benannten Trias, die aus der bekannten Verbildung der Zähne, der parenchymatösen Keratitis und der Taubheit zusammengesetzt, bisher allgemein als für die hereditäre Syphilis besonders charakteristisch galten. In keinem seiner 63 von 4 bis 20 Jahre lang beobachteten Fälle fand Hochsinger jene Erkrankungen, wohl aber bei skrofulösen und rhachitischen Kindern, die syphilisfrei waren. Er spricht somit der Hutchinsonschen Trias jeden Wert für die Diagnose der kongenitalen Lues ab.

Weiter wendet sich H. gegen die von den Syphiliatern übertriebene schlechte Prognose der kongenitalen Lues. Auch Fälle der schwersten Art sind bei entsprechender und besonders frühzeitig eingeleiteter Behandlung heilbar, so heilte z. B. Pemphigus syph. neonatorum in 20 von 23 Fällen. Auch die weiteren Lebensschicksale der Individuen wurden in diesen Fällen nicht schwer beeinfluſst.

Auf den Standpunkt Kassowitz' hinsichtlich der Frage vom Zusammenhange zwischen kongenitaler Syphilis und Rhachitis übergehend, zeigt H. an der Hand seiner Zusammenstellungen, daſs diese Anschauung die einzig richtige ist, daſs also die meisten kongenital-syphilitischen Kinder rhachitisch werden, weil sie durch ihre Lues eben eine bedeutende Ernährungsstörung erlitten haben, welche Ernährungsstörung nicht mehr und nicht minder als solche jeder anderen Art zur Rhachitis disponiert. Ein sonstiger Zusammenhang besteht zwischen beiden Zuständen nicht. Fälle, die den von vielen Seiten vermuteten innigeren Nexus zwischen hereditärer Lues und Skrofulose demonstriert hätten, fand H. unter seinem Material auch nicht. Ebensowenig konnte eine sonstige hervorragende Prädisposition für bestimmte Erkrankungsformen herausgefunden werden.

Die chemische Industrie hat uns in neuester Zeit wieder mit einer Reihe Benzolderivaten beschenkt, von denen viele eine therapeutische Verwendung erfuhren und warm empfohlen wurden, um alsbald wieder von der Tagesordnung zu verschwinden. Etwas anderes kann man nach zahlreichen Erfahrungen vom **Sozojodol** (Dijodparaphenolsulfonsäure), einem Phenol mit einem O sagen, dessen Präparate, besonders Kalium, Natrium und Zincum sozojodolicum vielfach mit sichtlichem Nutzen angewendet, und die ich selbst in einer groſsen Zahl von Erkrankungen der Haut und Schleimhaut besonders erfolgreich gefunden habe. Das in Wasser leichter lösliche Natriumsalz hat bei tuberkulösen Kehlkopfgeschwüren hervorragende Dienste geleistet, das farb- und geruchlose Kristalle bildende, in kaltem Wasser schwer lösliche Sozojodolkalium ist bei verschiedenen Schleimhauterkrankungen mit reichlicher Sekretion, das leicht lösliche Zincum sozojodolicum bei solchen mit spärlicher Absonderung vielfach mit bedeutendem Nutzen gebraucht worden. Bei Ozaena, Pharyn

gitis sicca und Syphilis der Nase haben sich diese Präparate in Form von Streupulvern oder Lösungen sehr brauchbar erwiesen, wobei als eines besonderen Vorteiles ihrer minimalen Giftigkeit zu gedenken ist. Die Anwendung bei Hautkrankheiten anlangend, erwiesen sie sich nur bei Dermatitiden als Streupulver allein oder mit Talk zu gleichen Teilen reizmildernd und sanft desquamierend, desgleichen von günstigem Einfluſs bei parasitären Hautleiden. Sehr empfehlen kann ich sie bei der Behandlung venerischer Geschwüre als Surrogat für das Jodoform. Alles in allem scheinen wir in den Sozojodolpräparaten Verbindungen von hohem therapeutischen Wert gewonnen zu haben, von denen auch noch in manchen anderen Haut- und Schleimhauterkrankungen schöne Erfolge zu hoffen sind. *Dr. E. Schiff.*

Verschiedenes.

Hauttransplantation vom Toten auf den Lebenden, von Dr. W. Bartens. (*Brooklyn Med. Journal.* No. 9. Vol. III. Septbr. 1889.) Einem kurz zuvor Verstorbenen wurden Hautstücke von den Beinen genommen, in eine warme Salzlösung von geringer Koncentration gelegt, sorgfältig gewaschen und von allem subkutanen Fettgewebe befreit. Dann wurden sie in Stücken von ungefähr 2 cm Breite und 1—2 cm Länge zugeschnitten. Die zu bepflanzende Fläche befand sich an einem Knaben, dessen Beine Verbrühungen erlitten hatten. Die leicht ulcerierenden Wunden wurden aufs sorgfältigste gereinigt und dann mit den der Leiche entnommenen Stückchen belegt, mit Jodoform bestreut und durch einen antiseptischen Verband genau niedergebunden. Nach einer Stunde war die ganze Operation beendigt. Von den 28 auf diese Weise überpflanzten Hautstücken waren 24 nach 6 Tagen fest angewachsen. *Leviseur-New York.*

X. Internationaler Medizinischer Kongreſs zu Berlin 1890.

In Verbindung mit dem X. Internationalen Medizinischen Kongreſs, welcher vom 4. bis 9. August dieses Jahres in Berlin tagen wird, soll eine internationale medizinisch-wissenschaftliche Ausstellung stattfinden. Von den Vertretern der medizinischen Fakultäten und der gröſseren ärztlichen Gesellschaften des Deutschen Reiches ist ein Organisations-Komitee, bestehend aus den Doktoren Virchow, v. Bergmann, Leyden, Waldeyer und Lassar, mit dem Auftrage betraut worden, die Vorbereitungen für diese Ausstellung zu treffen. Auch haben sich in den Herren Kommerzienrat Dörffel, H. Haensch, Direktor J. F. Holtz, Direktor L. Loewenherz und H. Windler technische Autoritäten zur Mitarbeit bereit gefunden. Die sehr groſsen Schwierigkeiten, welche die Beschaffung geeigneter Räumlichkeiten gemacht hat, sind erst jetzt gehoben worden, und es wird nunmehr zur Beschickung der Ausstellung eingeladen. Wir heben zunächst hervor, daſs der Charakter derselben, der Gelegenheit und dem zur Verfügung stehenden Raume entsprechend, ein ausschlieſslich wissenschaftlicher sein wird.

Folgende Gegenstände sollen, soweit der Platz reicht, zur Ausstellung gelangen: Neue oder wesentlich verbesserte wissenschaftliche Instrumente und Apparate für biologische und speziell medizinische Zwecke, einschlieſslich der Apparate für Photographie und Spektralanalyse, soweit sie medizinischen Zwecken dienen — neue pharmakologisch-chemische Stoffe und Präparate — neueste pharmaceutische Stoffe und Präparate — neueste Nährpräparate — neue oder besonders vervollkommnete Instrumente zu operativen Zwecken der inneren und äuſseren Medizin und der sich anschlieſsenden Spezialfächer, ein-

schliefslich der Elektrotherapie — neue Pläne und Modelle von Krankenhäusern, Rekonvalescentenhäusern, Desinfektions- und allgemeinen Badeanstalten — neue Einrichtungen für Krankenpflege, einschliefslich der Transportmittel und Bäder für Kranke — neueste Apparate zu hygienischen Zwecken.

Alle Anmeldungen oder Anfragen sind an das Bureau des Kongresses (Dr. Lassar, Berlin NW., Carlstrafse 19) mit dem Vermerk „Ausstellungsangelegenheit" zu richten.

Die Mitgliederkarten zu dem zehnten internationalen medizinischen Kongrefs können schon jetzt im Bureau des Abgeordnetenhauses (Leipzigerstr. 75) gegen Zahlung des Betrages (20 Mark) in den Stunden von 9 Uhr vormittags bis 8 Uhr abends in Empfang genommen werden.

Dr. Max Bartels, Schatzmeister.

Der neunte Kongrefs für innere Medizin

findet vom 15. bis 18. April 1890 zu Wien statt, nachdem der Antrag des Herrn Nothnagel (Wien), den neunten Kongrefs ausnahmsweise in Wien abzuhalten, von dem Geschäfts-Komitee, dem Ausschusse und den Mitgliedern des Kongresses in namentlicher, schriftlicher Abstimmung mit überwiegender Majorität angenommen worden ist. Das Präsidium desselben übernimmt Herr Nothnagel (Wien). — Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen: Dienstag, den 15. April: *Die Behandlung der Empyeme.* Referenten: Herr Immermann (Basel) und Herr Schede (Hamburg). — Mittwoch, den 16. April, nachmittags: *Diskussion über die Influenza,* eingeleitet durch Herrn Bäumler (Freiburg). — Donnerstag, den 17. April: *Die Behandlung der chronischen Nephritis.* Referenten: Herr v. Ziemssen (München) und Herr Senator (Berlin). — Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr P. G. Unna (Hamburg): *Zur Hautphysiologie.* — Herr Mosler (Greifswald): *Über Pemphigus.* — Herr Edgar Gans (Karlsbad): *Über das Verhalten der Magenfunktion bei Diabetes mellitus.* — Herr Fürbringer (Berlin): *Zur Klinik der Knochenentzündung typhösen Ursprungs.* — Herr Stadelmann (Dorpat): *Über die Wirkung der Alkalien auf den menschlichen Stoffwechsel.* — Herr v. Liebig (Reichenhall): *Über die Bergkrankheit.* — Herr v. Frey (Leipzig): *Die Beziehungen zwischen Pulsform und Klappenschlufs.* — Herr Schott (Nauheim): *Zur akuten Überanstrengung des Herzens und deren Behandlung.* — Herr Mosler (Greifswald): *Therapeutische Mitteilungen* mit Demonstrationen. — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): *Über kieselsauren Harngries.* — Herr v. Ziemssen (München): *Zur Pathologie und Diagnose der sogenannten Kugelthromben im Herzen,* mit Demonstrationen. — Herr Stricker (Wien): *Demonstrationen mit dem elektrischen Mikroskope.* — Herr Leubuscher (Jena): *Über die Beeinflussung der Darmresorption durch Arzneimittel.* — Herr Sternberg (Wien): *Über Sehnenreflexe.* — Herr H. Curschmann (Leipzig): *Zur Pathologie der Wanderniere.* — Herr E. Romberg (Leipzig): *Beiträge zur Herzinnervation;* Herr W. His (Leipzig): Demonstration zugehöriger Präparate und Modelle. — Herr L. Krehl (Leipzig): *Über Veränderungen der Herzmuskulatur bei Klappenfehlern.* — Herr G. Cornet (Berlin): *Über Tuberkulose.* — Herr Hürthle (Breslau): *Über den Semilunarklappenschlufs.*

In einem Nebenraume des Kongrefs-Sitzungssaales (Festsaal der kaiserlichen Akademie der Wissenschaften, Wien I, Universitätsplatz No. 2) findet eine Ausstellung von neuen chemischen und diätetischen Präparaten, Arzneimitteln, Instrumenten und Apparaten für innere Medizin statt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. | No. 7. | 1. April 1890.

Kraurosis vulvae.

Von

A. H. OHMANN-DUSMENIL

in St. Louis.

Obwohl eine Besprechung dieser Affektion eigentlich mit gröſserer Berechtigung ins gynäkologische Gebiet zu verweisen wäre, so bietet das Leiden doch gewisse Eigentümlichkeiten dar, infolge deren dasselbe auch dem dermatologischen Spezialisten im höchsten Grade interessant wird. In der von BREISKY[1] gegebenen Originalbeschreibung ist die Affektion als eine essentielle Atrophie der weiblichen Genitalia mit oder ohne Begleitung verschiedener objektiver und subjektiver anderweitiger Symptome definiert. Es sind bisher verhältnismäſsig nur wenige Fälle dieser Krankheit mitgeteilt worden, und ich darf mir deshalb vielleicht gestatten einen kurzen Abriſs der sämtlichen Fälle, die ich habe sammeln können, dem Leser hier zu unterbreiten, zumal als eine solche Synopsis imstande sein dürfte, einiges Licht auf eine bisher verhältnismäſsig dunkle Frage zu werfen. Zwar ist es hierbei auffallend, daſs gewisse Symptome, welche in manchen Fällen sehr in den Vordergrund treten, bei anderen wiederum vollständig fehlen; doch gibt es, im ganzen genommen, verschiedene Veränderungen, die man bei allen diesen Kranken vorfindet.

In einem von Dr. ROBERT F. WEIR[2] verfaſsten Aufsatz wird noch ein Fall beschrieben, welcher mit Kraurosis eine so deutliche Analogie darbietet, daſs ich denselben in der weiter unten gegebenen Liste mit angeführt habe.

Fall I. — (Von ROBERT F. WEIR[3] veröffentlicht als No. 3 in der genannten Arbeit.) Im Jahre 1869 wurde er von einer 61jährigen unverheirateten Patientin wegen eines seit sehr langer Zeit — seit dem 16. Lebensjahr — bestehenden intensiven Pruritus vulvae konsultiert. Die Kranke hatte, um sich Linderung zu verschaffen, groſse Dosen Morphium, bis zu sechs und sieben Decigramm im Tage genommen. Die Labia majora waren mittels Galvanokauters entfernt worden, und es hatte diese Operation einen mäſsigen, zeitweiligen Erfolg gehabt.

---

[1] Über Kraurosis vulvae, eine wenig beobachtete Form von Hautatrophie am Pudendum muliebre. *Zeitschr. f. Heilkunde.* Bd. 6. Heft 1. 1885. pag. 69.
[2] Ichthyosis of the tongue and vulva. *New York Med. Journ.* March 1875.
[3] Ebenda.

Die Untersuchung ergab eine hochgradige Empfindlichkeit der Vulva nebst Vaginismus. Der Uterus befand sich im Zustande seniler Atrophie. Ein langer, unregelmäſsiger, perlblauer, mit zähem Sekret bedeckter Fleck erstreckte sich vom Frenulum aufwärts fast über die ganze Oberfläche eines jeden Labium minus und ging unmerklich in die normale Schleimhaut über. Daneben bestanden verschiedentlich inselförmige Stellen, durch welche die geröteten tieferliegenden Gewebe zu erkennen waren. Die an die groſsen Schamlippen angrenzenden Teile waren ebenfalls, wenn auch nur in geringem Grade ergriffen. Der beschriebene Fleck war verdickt und auſserordentlich empfindlich auf Berührung. Die Follikel in der Vulva waren geschwollen und prominierten an vielen Stellen. 18 Monate darauf kam ein Epitheliom der Vulva zum Vorschein.

Fall II. (Brfisky.[4]) — Eine 25jährige Frau, zum erstenmal gravida. Varicenbildung an den Beinen; im übrigen eine kräftige, gutgenährte Person. Die Scheide war glatt, mit kurzer Rima. Ein Streifen, der wie eine lineäre Narbe aussah, verlief von dem Mons Veneris nach der Auſsenseite des Frenulum clitoridis. Am unteren Teil des Mons zwischen dem oberen Teile der Labia majora war das Integument glänzend, glatt und trocken. Die kleinen Schamlippen waren nur rudimentär entwickelt und stellten eigentlich nur Falten der groſsen dar. Beim leisesten Versuch, die Vulva zu öffnen, verstrichen dieselben. Das Frenulum labiorum war von derselben Beschaffenheit wie die Haut und fühlte sich wie eine Narbe an. Von dieser Stelle aus entsprang eine rapheartige Linie und verlief nach dem Perineum zu. Die trockene Epidermis der Innenfläche der Labien riſs leicht ein. Bei der im weiteren Verlauf eintretenden Geburt entstanden einige kleine Einrisse.

Fall III. (Breisky.[5]) — Eine 25jährige Frau, welche einmal geboren und dabei einen Dammriſs acquiriert hatte. Unter Schmerz oder Jucken der äuſseren Genitalien hatte sie niemals zu klagen gehabt. Es bestand Vaginalkatarrh. Der Riſs im Perineum erstreckte sich bis in die Vagina. Die Vulva stand offen. Die Ränder der Dammwunde waren mit verdickter Epidermis besetzt. Die Innenfläche der Labia majora und das Praeputium clitoridis waren derb und glänzend. Die Grenze des Präputiums und die Falten des Frenulum waren deutlich zu erkennen. Die Glans clitoridis war gänzlich verschwunden; desgleichen waren die Labia minora ganz zurückgebildet und schienen zu fehlen. Bei genauerem Nachsehen fand sich auf der linken Seite eine kleine Falte, auf der imedialen Seite des Labium majus als Andeudeutung des Randes des fehlenden Labium minus. Das Vestibulum war in seiner Gesamtheit glatt und eben. Es waren nur sehr wenige Karunkeln noch erhalten geblieben und vom Hymen nur geringe Spuren. Der Aditus ad vaginam war glatt und glänzend. Die Schleimhaut sonderte ein dünnes Sekret ab.

Fall IV. (Breisky.[6]) — Derselbe betrifft eine 30jährige, verheiratete Frau. Patientin war seit 3 Jahren verheiratet gewesen ohne jedoch zu koncipieren. Hatte als Kind Masern durchgemacht. War seit dem 18. Jahre menstruiert, anfangs mit langen Zwischenräumen, nach einiger Zeit aber regelmäſsig. Dauer der Katamenien jedesmal 3 Tage. Während der letzten 9 Monate vor der Untersuchung hatte sie an Metrorrhagie gelitten. Während der vorherigen 3 Monate hatte jede Periode 12 bis 14 Tagen angehalten. Vor ihrer Verheiratung hatte sie schon an Leukorrhöe gelitten, und dieselbe ist bisher nicht gewichen. Auſserdem ist ein schmerzhaftes Jucken der Genitalien, welches namentlich nachts sich einstellt, unverändert bestehen ge-

[4] a. a. O.
[5] a. a. O.
[6] a. a. O.

blieben. Kohabitation war nur im Anfang des Ehelebens schmerzhaft. Patientin war eine etwas blasse aber sonst robuste Brünette.

Von den kleinen Schamlippen keine Spur zu finden. Frenulum und Praeputium clitoridis eben zu erkennen, Glans fehlt. Eine weiſse Falte verlief von der Klitoris nach dem Orificium urethrae. Das Vestibulum war insgesamt verengt. Rund herum war die Haut geschrumpft, trocken, fleckenweise gerötet, teilweise milchartig undurchsichtig und an einigen Stellen erodiert. Talgdrüsen waren nicht zu finden. Die Mucosa vaginae bot einen diffusen Katarrh dar.

Fall V. (Breisky.[7]) — Eine seit anderthalb Jahren verheiratete, 27jährige Frau hatte während der ersten Hälfte ihres Ehelebens im dritten Monat abortiert. Seitdem waren die Menses regelmäſsig eingetreten. Ausschlag an den Genitalorganen war niemals beobachtet worden. Seit den letzten 3 Jahren hatte sie am Ende der Menstruation jedesmal während 2 oder 3 Tagen an Pruritus gelitten. Während des letzten heiſsen Sommers hatte derselbe fortwährend angehalten, war aber später nur in der ursprünglichen Weise aufgetreten.

Patientin war eine blasse, zarte, mäſsig gut genährte Blondine. An den Falten des Pudendum und in der Dammgegend war die Haut trocken, blaſs, grau, glänzend und nur spärlich mit Talgdrüsen versehen. Die Nymphen waren sehr klein und unentwickelt, immerhin aber deutlich erkennbar ebenso wie das Frenulum und das Praeputium clitoridis. Anderseits bestand eine ausgesprochene Schrumpfung am Vestibulum, die sich nach vorne zu als eine weiſse, opake Querfalte zwischen Klitoris und Urethra präsentierte. An der hinteren Kommissur bestand eine erhebliche Spannung des Frenulum bei trockener Haut. Vagina und Uterus waren von normaler Beschaffenheit. Infolge des engen Ostium vaginae hatte die Kohabitation zur Entstehung von Fissuren geführt.

Fälle VI—XIX. (Breisky.[8]) — Diese Fälle stehen in der Arbeit von Breisky kurz angeführt als von ihm beobachtet, doch sind genauere Details wegen der ziemlich genauen Übereinstimmung derselben mit den oben mitgeteilten Beobachtungen nicht angegeben.

Fall XX. (Janovsky.[9]) — Betrifft eine 20jährige Puella publica, bei der mit Ausnahme der Genitalaffektion nichts Abnormes nachzuweisen war. Leistendrüsen beiderseits geschwollen. An der Kommissur ein 1 cm langes Geschwür von speckigem Aussehen. Auf den Überresten des Hymen Exkoriationen. Ferner bestand eine mäſsige Gonorrhöe des Cervix. Die Labia minora waren verstrichen, und straff gespannte Falten verliefen konvergierend nach dem Orificium vaginae hin. Die Schleimhaut war von milchigem Aussehen, glatt, trocken und dünn. Das Praeputium clitoridis war verkürzt, und die Glans war mit einer weiſsen, verdickten Schleimhaut bekleidet. Das Orificium urethrae war klein, und die Schleimhaut zeigte hier dieselben Veränderungen wie weiter oben, während die Vagina zwar verengt aber sonst normal war. Syphilis war nicht nachzuweisen.

Fall XXX. (Janovsky.[10]) — Die Patientin war eine 24jährige, verheiratete Frau. Der Coitus hatte nur zu Anfang ihres Ehelebens Schmerzen verursacht. Ein Jahr vor der Aufnahme hatte sie ein groſses Kind geboren, wobei ein Dammriſs entstand, der in 12 Tagen ausheilte. Sechs Monate lang hatte sie an Ausfluſs aus der Scheide gelitten. Die obere Hälfte der Genitalien war normal; die untere Hälfte zeigte die

---

[7] a. a. O.
[8] a. a. O.
[9] Über Kraurosis vulvae. *Monatshefte f. prakt. Dermat.* Bd. VII. 1888. No. 19.
[10] a. a. O.

Abnormitäten der Kraurosis. Die Ränder der Nymphen waren in einem unregelmäſsigen Bogen einwärts gedreht und verschwanden vollständig in der Schleimhaut der groſsen Schamlippen. Von dem Rand der Labia majora bis zum Ostium vaginae war die Oberfläche der Mucosa undurchsichtig und ziemlich gespannt und trocken. Eine weiſsliche, etwas pigmentierte, 1,5 cm lange Narbe verlief von der Kommissur nach dem Damm, dessen Integument in der Umgebung ein wenig atrophisch, pigmentlos und verdünnt erschien. Die Schleimhaut der Scheide war hinterm Introitus an der unteren Wand stellenweise verdickt und von milchweiſser Farbe. Diese letztere beruhte auf Verdickungen des Epithels, welche Inselchen oder scharf umschriebene auf die Mündung der Scheide übergreifende Plaques ähnlich der Schwimmerschen Leukoplakie bildeten.

Fall XXII. (Janovsky.[11]) — Eine 19jährige mit Ulcera, vaginaler und urethraler Gonorrhöe und Syphilis behaftete Prostituierte. Patientin war von mittlerer Gröſse und gut gebaut. Sämtliche Lymphdrüsen waren geschwollen, und es bestand beginnendes Defluvium capillorum und Seborrhöe. Auf der Zungenspitze gallertartige Plaques, daneben Plaques muqueuses auf der Schleimhaut. Überreste eines makulösen Syphilids waren noch zu erkennen, sowie Condylomata auf den Nates. Die groſsen Schamlippen waren von normalem Aussehen, kräftig entwickelt, mäſsig behaart und mit einzelnen Kondylomen besetzt. Die Duplikatur derselben war verstrichen; das Praeputium clitoridis fehlte mit Ausnahme eines kleinen Restes des oberen Teiles, welcher mit weiſslichem, verdicktem Epithel besetzt war. Die Klitoris war mäſsig ausgebildet. An Stelle der kleinen Schamlippen fand sich bloſs eine Falte an den groſsen an deren inneren Fläche im Niveau des Ostium vulvae. Die Schleimhaut war verdickt und undurchsichtig. Das Ostium vaginae war geschrumpft, und die ganze Vagina war enge. Der Uterus frei beweglich, dagegen zeigte die Schleimhaut der Scheide stellenweise Verdickung des Epithels und war überall mit dem darunter-gelegenen Gewebe verwachsen.

Fall XXIII. (Janovsky.[12]) — Die Kranke war eine groſse, kräftige, seit einem Jahr verheiratete Frau. Innere Organe gesund, Lymphdrüsen vergröſsert, auf dem linken Gaumenbogen zwei opalglänzende Plaques. Auf der linken Seite der Zunge in der Nähe der Spitze fanden sich verschwärte Schleimhautpapeln. Über den Körper verstreut sah man die Überreste eines papulösen Syphilids. Die groſsen Schamlippen waren infiltriert und um das fünffache ihrer normalen Gröſse angeschwollen. Die Infiltration war in der Mitte hart, an der Peripherie teigig. Auf der Innenfläche des linken Labium majus bestand ein markstückgroſses, erhabenes, speckartiges Geschwür mit indurierter Basis. Daneben fanden sich Papeln auf den Labien und Plaques muqueuses auf der Glans clitoridis. Auf der Innenseite der kleinen Schamlippen und in den Furchen der Vulva bestanden Schleimhautpapeln, welche ein reichliches eiteriges Sekret lieferten. Die Genitalschleimhaut im ganzen war ödematös und hyperämisch; daneben bestand ein starker gonorrhoischer Cervixkatarrh. Nach einer siebenwöchentlichen antisyphilitischen Behandlung bot die Kranke folgende Erscheischeinungen dar: Das linke Labium majus war zu einer straffen Falte geschrumpft und lag zwischen zwei tiefen Furchen. Die Konturen der linken kleinen Schamlippe waren verwischt, indem dieselbe sich aufgelöst hatte und in dem umgebenden Gewebe verschwunden war. Ferner wurde eine elliptische, mit weiſser verdickter Epidermis bedeckte Plaque, welche unmerklich in die Überreste des Hymens an dieser Seite

[11] a. a. O.
[12] a. a. O.

überging, konstatiert. Das Praeputium clitoritis war zu einer halbkreisförmigen Falte hinter der Glans zusammengeschrumpft. Auf der rechten Seite waren die krauroti schen Veränderungen nicht so deutlich ausgeprägt. Das rechte Labium majus war normal, aber die Nymphe war verkleinert und an das darunter gelegene Gewebe adhärent. Am Orificium vaginae liefs sich eine geringe Affektion des Epithels konstatieren. Das Orificium selbst war um ein geringes verengt, sonst war die Vagina normal.

Fall XXIV. (Janovsky.[13]) — Eine 24jährige Primipara, früher stets gesund, hatte bei dem Geburtsvorgang einen Einrifs erlitten, von dem ein Geschwür entsprang, das lange nicht heilen wollte. Als sie zur Beobachtung kam, hatten sich seit zwei Monaten Wucherungen am Rande desselben ausgebildet. Es wurde nichts Abnormes konstatiert. Die Rima vulvae war sehr kurz. Die kleinen Schamlippen waren nur rudimentär entwickelt und waren durch kleine Wülste von den grofsen getrennt. Geringe, undurchsichtige Epithelverdickungen fanden sich auf der Oberfläche vor; die Haut auf dem unteren Teil des Mons Veneris war trocken. Am Eingang der Scheide sah man ein lineäres, speckartiges Geschwür, auf dessen Rändern Wucherungen aufsafsen. Die Vagina war eng, mit glatten Wandungen, auffallend trocken und stellenweise, namentlich am Eingang, mit fleckigen Trübungen des Epithels besetzt. Zwischen den Überresten der Labia majora an dem unteren Teil der Klitoris erstreckte sich ein kammartiger Querwulst von einem Labium nach dem andern.

Fall XXV. (Janovsky.[14]) — Betrifft eine seit 6 Jahren verheiratete Frau. Ein Jahr nach ihrer Verheiratung abortierte sie; zwei Monate später acquirierte sie Syphilis. Die Katamenien hatten sich mit dem 14. Lebensjahre eingestellt. Zwei Jahre lang hatte sie an Chlorose gelitten und hatte in letzter Zeit über eine geringe Leukorrhöe zu klagen gehabt. Die kleinen Schamlippen waren vollständig verschwunden. Hier sowie an der Innenfläche der grofsen Schamlippen war die Bekleidung völlig glatt. Am Ostium vaginae bestand eine geringe, trockene und nicht deutlich abgegrenzte Schwellung. Die Klitoris war atrophisch und endigte mit dem unteren Teil in einer nach dem Meatus urethrae verlaufenden Furche. Der Introitus vaginae war sehr eng. Auf der Schleimhaut desselben und im Vestibulum bestanden teils nur eben wahrnehmbare, teils erheblichere Verdickungen des Epithels. Die Portio cervicalis des Uterus sitzt ziemlich tief in der Vagina. Auf der vorderen Lippe des Uterus fand sich eine erbsengrofse, ein wenig blutende Erosion. Endlich waren auch die Symptome eines Cervixkatarrhs vorhanden.

Fall XXVI. (Heitzmann[15] — noch nicht veröffentlicht.) — In diesem Fall war die Patientin eine 62jährige Wittwe, die an einem intensiven Jucken der Vulva litt. Es fanden sich im ganzen vier hornartige Flecke, von denen zwei auf der Innenfläche der grofsen Schamlippen, einer auf dem rechten Labium minus und einer am Frenulum lokalisiert waren. Sie wurden zweimal mit der Kürette abgekratzt und darauf mit Liquor ferri sesquichlorati kauterisiert, worauf dauernde Heilung erfolgte.

Fall XXVII. (Heitzmann — noch nicht veröffentlicht.) — Eine 52jährige, verheiratete Frau, die an intensivem Jucken der Vulva litt. Es bestand eine fast uni-

---

[13] a. a. O.
[14] a. a. O.
[15] Dieser Fall sowie die drei folgenden bildeten den Gegenstand eines von Dr. Carl Heitzmann vor der American Dermatological Association im Jahre 1888 gehaltenen Vortrags, doch wurden dieselben niemals publiziert. Ich gestatte mir Herrn Heitzmann hier meinen Dank für die zur Verfügung gestellten Aufzeichnungen auszusprechen.

verselle Verdickung der Labia majora. Auf der Innenfläche derselben fanden sich verschiedentlich kleine Flecke; ferner litt Patientin an intensiver Leukorrhöe. Es wurde eine 1,5 %ige Salicyllösung verschrieben, und die Flecke wurden 10 mal kürettiert. Nach dreimonatlicher Behandlung waren nur Spuren des Leidens am Frenulum nachzuweisen. Der Juckreiz war verschwunden und die Leukorrhöe war nur noch sehr gering.

Fall XXVIII. (Heitzmann — noch nicht veröffentlicht.) — Patientin, eine 58jährige verheiratete Frau, bot unbedeutende, pergamentartige Flecke auf der Innenseite der grofsen Schamlippen und über die ganzen kleinen Schamlippen verteilt dar. Es bestand intensiver Juckreiz. Waschwasser mit Salicylsäure in der Stärke von 0,5 bis 1,5 % wurde angewandt neben einer sechsmaligen, oberflächlichen Kürettierung. Nach zwei Monaten wurde die Patientin geheilt entlassen.

Fall XXIX. (Heitzmann noch nicht veröffentlicht.) — Betrifft eine 35jährige Virgo. Es fanden sich zahlreiche, kleine, pergamentartige Flecke, meistenteils in der Furche zwischen den grofsen und den kleinen Schamlippen, ferner auf den grofsen Schamlippen, dem Praeputium clitoridis und am Frenulum gelegen. Die Behandlung bestand in der Anwendung von Salicylsäurelösung, ferner 6 % Pyrogallussäurelösung, Essigsäure (10 % Eisessig) und zwölfmaliger Kürettierung. Nach dreimonatlicher Behandlung war eine sehr wesentliche Besserung zu konstatieren. Während der nächsten Monate wurden regelmäfsig alle neu sich entwickelnden Flecke mit der Kürette abgetragen. Das Jucken war viel weniger intensiv geworden. Bei einer zwei Monate vor Abfassung dieses Berichts vorgenommenen Untersuchung waren fast gar keine Flecke mehr zu finden. Breisky hatte den Fall gesehen und für unheilbar erklärt.

Fall XXX. (Hyde — noch nicht publiziert [16].) — Es wird eines Falles blofs Erwähnung gethan ohne weitere Details.

Fall XXXI. (Bernays — noch nicht publiziert [17].) — Frau X., eine 56jährige Wittwe, die niemals koncipiert hatte. Hat seit den letzten 15 Jahren am hochgradigsten Pruritus gelitten. Alle vorgeschlagenen therapeutischen Mafsregeln wurden ohne Erfolg in Anwendung gebracht. Auf den ersten Blick schienen die äufseren Genitalien atrophisch zu sein. Dieselben sind mit spärlichen grauen Haaren bedeckt. Die Klitoris ist klein und prominent, die Glans unvollkommen entwickelt; Frenulum fehlt, Präputium ist dünn. Das Vestibulum ist sehr enge. Während ihres Ehelebens verursachte der Coitus ihr viel Schmerzen. Die Scheide ist so eng, dafs kaum der Zeigefinger eindringen kann. Die Mündung der Harnröhre liegt innerhalb der Vagina, nach Art der Hypospadie. Die Haut über den grofsen Schamlippen ist sehr dünn und glänzend und läfst Kratzeffekte erkennen. Labia minora sind nicht vorhanden, ebenso wenig wie deutlich markierte Falten irgend welcher Art. Die grofsen Schamlippen sind sehr klein und entspringen oberhalb der gewöhnlichen Stelle aus den Nates. Auf der Haut der grofsen Schamlippen finden sich zahlreiche weifsliche Flecke.

Fall XXXII. (Eigene, noch nicht publizierte Beobachtung.) — Patientin, eine

---

[16] Dr. J. N. Hyde erwähnte bei Gelegenheit der Jahresversammlung der American Dermatological Society im Jahre 1888 einen von ihm beobachteten Fall. Meine Bitte um einen Bericht und eine Beschreibung desselben konnte nicht erfüllt werden, da Dr. Hyde durch andere Angelegenheiten zu sehr in Anspruch genommen war.

[17] Ich möchte hier Herrn Dr. A. C. Bernays meinen aufrichtigen Dank aussprechen für seine Freundlichkeit, mit der er mir die Aufzeichnungen über diesen Fall zur Verfügung stellte.

ca. 30jährige Prostituierte, konnte über den früheren Verlauf oder über subjektive Symptome keine genaueren Angaben machen. Es bot sich ungefähr folgender Zustand dar: die grofsen Schamlippen haben beträchtliche Veränderungen erlitten, indem sie nur von einer Furche durchzogene Wülste darstellen und ziemlich hoch aufwärts ins Integument übergehen. Die kleinen Schamlippen und die Klitoris sind normal, nur zeigt das linke Labium minus an seinem hinteren Theile etwas Atrophie. Plaques opalines sind nicht vorhanden.

Fall XXXIII. (Eigene, noch nicht publizierte Beobachtung.) — Frau Y., eine 71jährige Wittwe, hatte zuerst mit 14½ Jahren menstruiert; die Menopause trat im 47. Lebensjahre ein. Ihr erstes Kind gebar sie mit 28, ihr letztes mit 35 Jahren, im ganzen fünf. Einmal abortierte sie. Die vorliegende Affektion bemerkte sie zuerst vor 2 Jahren, als sie an den Folgen einer Rhusvergiftung litt. Sie gibt an, dafs kleine Geschwüre sich auf den äufseren Genitalorganen entwickelten, doch hat sie niemals ein Trauma erlitten aufser bei der Geburt ihres letzten Kindes, bei welcher ein kleiner Einrifs des Perineums vorfiel, der aber ohne Zwischenfall abheilte. Das Ostium vaginale war stets enge gewesen. Bei der Untersuchung fand sich, dafs der obere Teil der grofsen Schamlippen verschwunden war, während der untere ziemlich grofs und verdickt war. Die Klitoris ist fast verschwunden, die Glans ist verkleinert und mit einem weifslichen, verdickten Epithel bekleidet. An den grofsen Schamlippen, der Klitoris und dem Vestibulum ist die Bedeckung straff und glänzend. Die kleinen Schamlippen sind gänzlich verschwunden, ebenso wie die Karunkeln und alle Spur eines Hymens. Der Introitus vaginae ist geschrumpft und eng, und kaum für den Zeigefinger durchgängig. Es besteht eine geringe Leukorrhöe. Der Uterus ist atrophisch und ein wenig prolabiert. An der hinteren Kommissur besteht beiderseits eine Plaque, welche aufs Perineum übergreift. Letzteres ist stellenweise mit einem weifslichen, verdickten Epithel bekleidet, stellenweise blofsgelegt, gerötet, entzündlich und glänzend. Von Zeit zu Zeit treten Herpes- und Urticariaausschlag auf der Innenfläche der grofsen Schamlippen auf. Anfangs bestand ein intensives Jucken nebst neuralgischen Schmerzen an diesen Teilen, doch sind diese Störungen allmählich verschwunden. Die Kranke hat ein hochgradig nervöses Temperament und leidet auch viel an neuralgischen Schmerzen im Gebiete des Nervus crural. anterior. Zu Zeiten schwellen die grofsen Schamlippen sowie die Plaque erheblich an und werden dann sehr empfindlich. Zu anderen Zeiten bestehen keine subjektiven Störungen. Die Patientin leidet auch viel an Magensäure, doch ist dieses Übel allmählich zurückgegangen. Die Allgemeinbehandlung brachte viel Nutzen, und die lokale Applikation von Tannin und Salicylsäure war ebenfalls sehr erfolgreich.

Fall XXXIV. (Eigene, noch nicht veröffentlichte Beobachtung.) — Frl. X. Eine ziemlich gut entwickelte, 20jährige, grofs gewachsene Brünette, die mit Xerosis behaftet ist. Sie menstruierte zuerst mit 17½ Jahren. Zu derselben Zeit machte sich auch die Leukorrhöe, an welcher sie noch leidet, zuerst bemerkbar. Bei der weiteren Untersuchung der Genitalorgane ergab sich eine rudimentär entwickelte Klitoris bei gut ausgebildetem Präputium. Der Mons Veneris fehlt vollständig und stellt vielmehr an seinem centralen Teile eine verhältnismäfsig tiefe Furche dar. Die grofsen Schamlippen sind atrophisch, die unteren Teile am meisten. Die Schamteile sind reichlich mit Haaren versehen. Die kleinen Schamlippen hängen in ihren unteren Teilen wulstig herab, die oberen Portionen derselben sind unvollständig entwickelt. Auf ihrer Innenfläche finden sich einige weifsliche Plaques. Das Hymen ist ziemlich dick, die Apertur central und erweiterungsfähig. Das Ostium vaginae sowie die Mucosa derselben erscheint normal. Während des Winters 1888 bis 1889 wurden die Schamlippen von intensivem Pruritus befallen, doch ist derselbe jetzt

wieder verschwunden. Patientin weiſs nicht anzugeben, wann die hier beschriebene Affektion sich zuerst einstellte.

Fall XXXV. (Eigene, noch nicht publizierte Beobachtung.) — Frau Z. ist 27 Jahre alt, gut entwickelt, jedoch stets steril gewesen. Wie bei den vorhergehenden Fällen ergibt auch hier die Anamnese keine Andeutung vorheriger syphilitischer Infektion. Ebenso wenig bestand Juckreiz oder irgend ein Leiden der Vagina oder Gebärmutter. Bei dieser Patientin fehlen die Labia majora und minora total. Die Klitoris ist rudimentär, und das Polster des Mons Veneris fehlt vollständig. Die Genitalien sind unbehaart mit Ausnahme eines an der Symphyse lokalisierten kleinen Büschels. An der Stelle, wo normalerweise die Labia sein sollten, ist die Haut verdünnt und glänzend. Der Eingang zur Scheide ist eben für den Zeigefinger durchgängig. Der Beischlaf verursacht Schmerzen. Die Katamenien sind stets regelmäſsig gewesen.

Bei der Betrachtung der Beschreibungen und des Verlaufs der im vorhergehenden mitgeteilten Fälle wird die Schwierigkeit einer klinischen Analyse sofort offenbar. In der Epikrise seiner eigenen Fälle hebt Breisky hervor, daſs bei keinem das Vorhandensein entzündlicher oder exanthematischer Krankheiten an den äuſseren Genitalien anamnestisch nachzuweisen war. Bei einigen Kranken war Pruritus vorhanden, jedoch fand sich derselbe nur bei einer einzigen von fünf graviden Frauen und verschwand sogar spontan vor Ablauf der Gravidität. Unter vier gynäkologischen Fällen litt eine Patientin an Pruritus, der aber auch im Laufe von drei Wochen zurückging. Von drei Privatkranken hatten zwei von Juckreiz zu leiden; bei einer derselben bestand die Affektion Jahre lang und war namentlich nachts sehr quälend. Dieser Fall war auch mit vaginaler Leukorrhöe und Menorrhagie kompliziert. Bei dem andern Fall hatte der Pruritus drei Jahre lang bestanden unter jedesmaligem Recidivieren bei der Menstruation bei zwei bis drei Tage Dauer. In dem Resumee seiner Fälle bemerkt Breisky ferner, daſs chronischer Vaginalkatarrh sich bei vier derselben vorfand; zwei wiesen Narben von früheren Abscessen der Cervixdrüsen auf (skrofulös); keine hatte jemals an Syphilis gelitten; eine war steril; eine hatte abortiert; drei Patientinnen waren zum erstenmale schwanger, zwei waren Multiparae; fünf hatten ein oder zwei Kinder geboren. Keine der Mehrgebärenden hatte jemals irgend welchen Unfall beim Geburtsvorgang erlitten noch irgend welche entzündliche Affektion der äuſseren Genitalien durchgemacht. Dieser Autor ist der Ansicht, daſs chronisches Ekzem die Atrophie herbeiführen könne, doch konnten in den mitgeteilten Fällen keine Andeutungen dieser Affektion nachgewiesen werden. Ferner wird angenommen, daſs der Pruritus möglicherweise ein ursächliches Moment abgeben könne, indessen war auch dieses Symptom nicht einmal in allen Fällen vorhanden. Alle therapeutischen Eingriffe hält er für erfolglos.

Von Janovskys Fällen waren zwei öffentliche Dirnen, die auch mit Gonorrhöe behaftet waren; vier betrafen verheiratete Frauen, von denen zwei an Leukorrhöe litten und zwei an Syphilis; eine der beiden Prosti-

tuierten war auch syphilitisch. Bei keinem dieser Fälle ergab die Anamnese das Vorhandensein von Pruritus. JANOVSKY ist der Ansicht, daſs chronische Gonorrhöe und luetische Geschwüre für Kraurosis prädisponierend wirken, wenn sie auch dieselbe nicht eigentlich veranlassen. Auch er erklärt alle Behandlungsversuche für fruchtlos.

Bei HEITZMANNS Bericht ist leider auf die anatomischen Veränderungen nicht viel Gewicht gelegt worden, und bei WEIRS Fall, der mit höchster Wahrscheinlichkeit als Kraurosis zu betrachten ist, ist ebenfalls in dieser Beziehung die Schilderung der Details unvollständig. Bei allen diesen fünf Fällen ist aber der Pruritus neben der Bildung der eigentümlichen Plaques eine charakteristische Erscheinung. Bei HEITZMANNS Fällen waren die therapeutischen Maſsregeln von ausgezeichnetem Erfolg begleitet. Von diesen fünf Fällen waren drei verehelicht (eine war Wittwe), die beiden anderen unverheiratet. Daſs früher irgend ein Ausschlag bestanden habe, oder daſs ein Ausfluſs aus der Scheide vorhanden war, wird bei keinem dieser Fälle erwähnt.

Genauere Angaben sind nur bei vier der restierenden fünf Fälle vorhanden. Mit einer einzigen Ausnahme spielt bei allen diesen Kranken der Pruritus eine Rolle. Ferner ist das Vorhandensein von mehr oder weniger Leukorrhöe bei ihnen konstatiert. Plaques opalines bestanden bei dreien, und alle zeigten ein entschieden nervöses Temperament. Dreimal fand sich eine beträchtliche Verengerung des Ostium vaginae, und bei allen fünf war die Atrophie der äuſseren Genitalien deutlich ausgesprochen.

Eine Zusammenstellung aller der oben beschriebenen Fälle zeigt uns, daſs die Ätiologie dieser Affektion noch in Dunkel gehüllt ist, und es ist selbst eine Vermutung betreffs der möglichen Ursache nicht aufzustellen. Der Umstand, daſs bis jetzt nur wenige Fälle dieser Art veröffentlicht worden sind, ist durchaus kein Beweis dafür, daſs das Leiden ein seltenes sei. Ich bin sogar sehr geneigt zu glauben, daſs dasselbe verhältnismäſsig häufig vorkommt, und daſs nur deshalb bisher erst so wenige Beobachtungen darüber publiziert worden sind, weil die meisten einfach übersehen oder nicht beachtet wurden. Erst seit kurzem hat man angefangen, dieser Affektion etwas gröſsere Aufmerksamkeit in den medizinischen Journalen zuzuwenden; die gesamte bisherige Litteratur über den Gegenstand besteht aus kurzen Abrissen von BREISKYS, JANOVSKYS und HEITZMANNS Publikationen. Wenn die Affektion erst etwas besser bekannt ist, so wird die Zahl der Beobachtungen zweifelsohne sich vervielfältigen, und was jetzt noch als eine seltene Krankheit gilt, wird dann häufig beobachtet und weiter verfolgt werden.

Die beigefügte Tabellierung der erwähnten Fälle wird zur Orientierung dienlich sein.

No.	Alter	Stand	Betroffene Teile	Pruritus	Plaques	Syphilis	Gonorrhöe	Leukorrhöe	Anzahl der Kinder	Abortus	Enges Ostium vaginae
1	61	ledig	Labia major.(?)	erheblich	ja	nein	nein	nein	keine	keine	—
2	25	verheiratet	Mons. Labia minora	keiner	nein	nein	nein	nein	gravida	"	ja
3	25	"	Labia minora Glans. Klitoris	keiner	ja	nein	nein	ja	1	—	—
4	30	"	"	schmerzlich	ja	nein	nein	ja	steril	—	—
5	22	"	Labia minora	ja	ja	nein	nein	nein	keine	1	ja
6	—	—	—	Bei 4 von diesen Fällen bestand Pruritus	—	—	—	Bei 4 von diesen Fällen bestand Leukorrhöe	Fünf hatten Kinder zwischen 1 und 10 an der Zahl, 5 waren schwanger	Eine von diesen Kranken hatte einmal abortiert	—
7	—	—	—		—	—	—				—
8	—	—	—		—	—	—				—
9	—	—	—		—	—	—				—
10	—	—	—		—	—	—				—
11	—	—	—		—	—	—				—
12	—	—	—		—	—	—				—
13	—	—	—		—	—	—				—
14	—	—	—		—	—	—				—
15	—	—	—		—	—	—				—
16	—	—	—		—	—	—				—
17	—	—	—		—	—	—				—
18	—	—	—		—	—	—				—
19	—	—	—		—	—	—				—

20	20	Puella public.	Labia minora	keiner	ja	nein	ja	—	keine	—	—
21	24	verheiratet	Untere Hälfte	keiner	ja	nein	nein	ja	1	—	—
22	19	Puella public.	Lab. maior. Lab. minor. Klitoris	keiner	ja	ja	ja	nein	keine	—	ja
23	—	verheiratet	Recht. Lab. min. u. Hälfte d. link.	keiner	ja	ja	nein	nein	keine	- -	ja
24	24	„	Labia maior. u. Labia minora	keiner	ja	nein	nein	nein	1	—	ja
25	31	„	Lab. min. Klit.	„	ja	ja	nein	ja	keine	1	ja
26	62	Witwe	—	hochgradig	ja	—	—	—	—	—	—
27	52	verheiretet	—	„	ja	—	—	—	—	—	—
28	58	„	—	„	ja	—	—	—	—	—	—
29	35	Jungfrau	—	„	ja	—	—	—	—	—	—
30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	56	Witwe	Lab. min. Lab. maiora. Klitoris	hochgradig	ja	nein	nein	nein	steril	—	ja
32	30	Puella public.	Unt. Tl. d. Lab. mai. Lk. L. min.	—	—	—	—	—	—	—	—
33	71	Witwe	Lab. maior. Lab. minora. Klitoris	hochgradig	ja	nein	nein	ja	5	1	ja
34	20	Jungfrau	Lab. maiora Mons Clitoris	„	nein	nein	nein	ja	keine	keine	ja
35	57	verheiratet	L. mai. L. min. Mons Clitoris	mäſsig	nein	nein	nein	nein	keine	keine	ja

Eine neue Nahtmethode.

Von

Dr. Adolph Lutz,
z. Z. in Honolulu.

(Mit 1 Abbildung.)

In nachfolgendem möchte ich kurz über eine Nahtmetode berichten, welche ich seit ca. 3 Jahren gelegentlich mit gutem Erfolge angewandt habe. Verschiedene Kollegen, denen ich sie während dieser Zeit demonstrierte, fanden sie interessant genug, um eine Veröffentlichung zu befürworten.

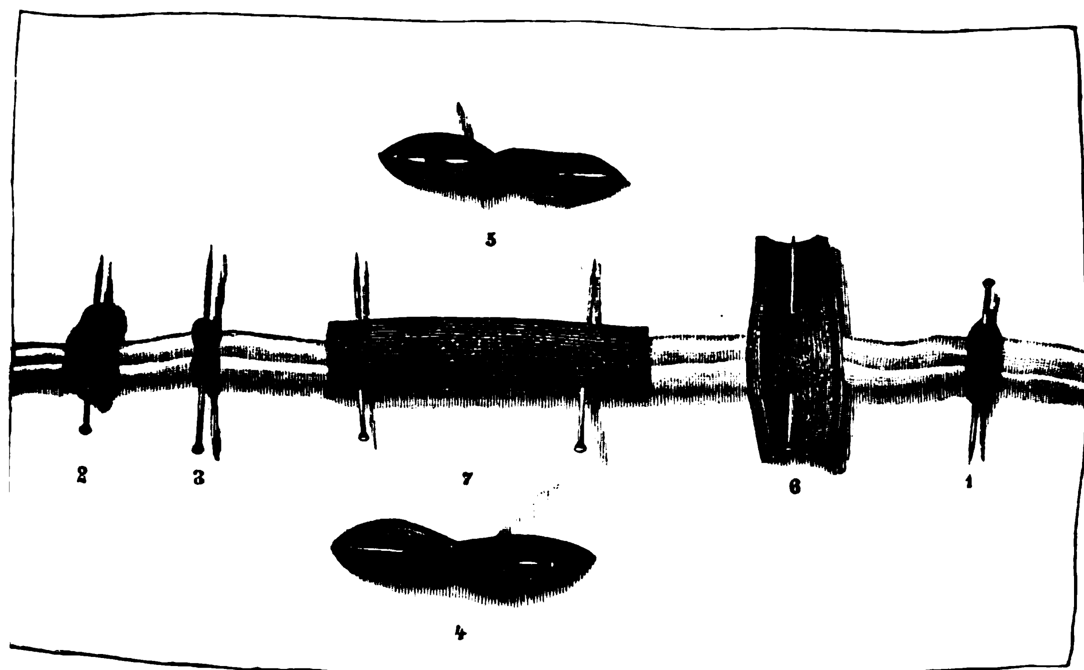
Die Naht selbst kann als eine Kombination der umschlungenen und der elastischen Naht angesehen werden. Das Material dazu besteht aus einfachen oder chirurgischen Nadeln (resp. Stecknadeln) und Drainröhren, an deren Stelle auch Stücke von Kautschukbinden oder die gewöhnlichen elastischen Gummibänder des Handels Verwendung finden können.

Die Nadeln werden im allgemeinen besser möglichst kurz gewählt; dabei muſs auf eine scharfe Spitze gesehen werden, da der Widerstand der Haut oft sehr bedeutend ist und die Nadel zur Verminderung des Durchschneidens nicht zu dünn sein darf.

Aus dem Drainrohr, welches man möglichst elastisch und deshalb nicht zu dick wählt, kann man durch quere oder schräg gelegte Schnitte eine beliebige Anzahl kleinerer und gröſserer — je nach der Breite des Abschnittes strafferer oder nachgiebigerer Kautschukringe herstellen. Für die meisten Fälle kommt man mit einem mittleren Kaliber aus; doch empfehlen sich für weitgelegte Entspannungsnähte gröſsere Nummern oder käufliche Gummiringe und -bänder.

Wenn das Material desinfiziert ist, was bei seiner glatten Oberfläche leicht und sicher geschieht, so werden die Nadeln (am besten mit einer Kornzange in der Längsrichtung) gefaſst und durch die Wundränder geführt, wobei man bei langen Nadeln die Spitze nur kurz heraustreten läſst. Dann faſst man einen Gummiring, dessen Durchmesser etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Entfernung der Stichpunkte beträgt, mit den Spitzen einer anatomischen Pinzette, stülpt ihn über das stumpfe Ende der Nadel, zieht ihn unter derselben bis zur Einstichsöffnung an und führt dann die andere Hälfte des Ringes in derselben Weise über das Spitzenende, welches, wenn nötig, nachträglich noch weiter vorgeschoben

wird. (Fig. 1 u. 2.) Bei gröſseren Ringen läſst man am besten einen Assistenten mittelst zweier Pinzetten die Naht legen. Arbeitet man allein, so ist es vorteilhaft, die ganze Naht vorher in Bereitschaft zu halten, indem man eine Stecknadel durch eine Seite des Ringes bis in die Nähe des Kopfes durchsticht (Fig. 5). Die ganze Naht kann dann äuſserst rasch angelegt werden: Die rechte Hand faſst die Nadel samt dem anhängenden Ringe und führt sie durch die Wundränder, während die linke, welche bis dahin mit der Pinzette die entgegengesetzte Wundlippe in richtiger Lage hielt, dieselbe beim Durchtritte der Nadel verläſst, um den angezogenen Gummiring über die Spitze zu streifen, bevor dieselbe in ihrer ganzen Länge herausgetreten ist. Die ganze Operation, welche



Ähnlichkeit mit dem Anstecken einer Sicherheitsnadel hat, dürfte von keiner andern Nahtmethode an Schnelligkeit der Ausführung übertroffen werden.

Diese Naht läſst sich nun in verschiedener Weise modifizieren. Hat man einen schräg geschnittenen Ring, so wird derselbe am besten während des Legens einmal um die Längsaxe gedreht; es entsteht dadurch eine Achterfigur, wobei sich die Nadel in die Konkavität der beiden rundlichen oder lanzettförmigen Teile hineinlegt (Fig. 3, 4, 5). Bei dieser Naht bleibt die ganze Vereinigungslinie zugänglich, indem die beiden Schenkel der Sutur vermöge ihrer Elastizität leicht verzogen werden können. Man kann daher auch nachträglich die Wundränder adaptieren und Verbands-

pulver oder Stoffe darunter anbringen. Die Nadeln selbst können, wenn zu lang, gekürzt oder durch Gazestreifen, Pflaster etc. kachiert werden.

Noch einfacher gestaltet sich die Sache, wenn man statt Ringen Kautschukstreifen (z. B. Längsschnitte von Drainröhren, Stücke von Gummibändern etc.) nimmt und die Spitze nach Vereinigung der Wunde durch den übergezogenen Streifen wieder durchsticht. Die Ränder werden dabei gleichmäſsig komprimiert, freilich auch mehr versteckt; doch kann die Naht ohne Entfernung der Nadel leicht (durch Zurückziehen des Streifens) gelüftet und wieder geschlossen werden. Die Haut ist dabei vor jedem Druck der Nadelenden geschützt (Fig. 6).

Nimmt man an Stelle des Streifens ein ganz dünnes Drain, sticht die Nadel erst vom Lumen nach auſsen, führt dann die Spitze durch die Wundränder und hierauf durch die Drainwand wieder nach dem Lumen. so ist die Nadel ganz kachiert und man sieht nur ein die geschlossene Wunde überbrückendes Kautschukröhrchen.

Verwendet man ein halbiertes Stück Drain oder ein Endchen Kautschuckbinde, so kann man die ganze Wunde bedecken und gleichmäſsig komprimieren (Fig. 7); bei genügender Breite des Streifens werden die Nadeln geschützt und jeder weitere Verband ist überflüssig.

Auch zur perkutanen Umstechung (mittelst gekrümmter Nadeln) ist diese Methode sehr brauchbar; ferner kann man gestielte Tumoren leicht elastisch abbinden, indem man die Nadel durch die Basis sticht und den Ring vom Kopfende über die Spitze (wie bei der gewöhnlichen Naht), dann aber von da wieder über das Kopfende zurückführt, so daſs ein geschlossener Doppelring entsteht.

Die Methode teilt mit der elastischen Naht die genaue Vereinigung und die regulierbare, fortgesetzt wirkende Spannung, mit der Plattennaht dagegen das breite Fassen, endlich mit der umschlungenen Naht den Vorteil, daſs nur eine, leicht desinfizierbare, platte Nadel in der Wunde liegt. Die richtige Bemessung der elastischen Kraft, um das Durchschneiden in weichen Geweben zu verhindern, erlernt sich rasch; anfangs wird man leicht zu groſse Spannung geben. Doch ist durch die Elastizität ein gewisser Spielraum und eine teilweise Selbstregulierung garantiert.

Meinen ersten Versuch mit dieser Naht machte ich am Tiere und zwar an einem sehr wertvollen Schafbock, der eine tumoralbusartige Affektion des Kniegelenkes hatte, hier wurde nach Exstirpation der stark schwartig verdickten Synovialis die über 3 Zoll lange Haut- und Gelenkwunde mittelst 3 Nadeln geschlossen. Die Vereinigung war eine so vollkommene, daſs die Verklebung und Primärheilung in kürzester Frist erfolgte, obgleich das Tier ohne weiteren Verband im Stalle blieb.

Hieraufi erprobte ich die Naht am Menschen, indem ich nach Exstirpation einer haselnuſsgroſsen sarkomatösen Warze des rechten Nasenflügels

den entstandenen Defekt mittelst einer einzigen Naht definitiv schloſs. Später habe ich sie wiederholt namentlich auch bei Wunden der Kopfschwarte gebraucht. Ich glaube, daſs sie sich für Hasenscharten empfiehlt, indem sie eine gute Entspannung garantiert.

Die Nadeln können ziemlich enfernt gelegt werden; zwischen denselben kann man oberflächliche oder falsche (Kollodium, Pflaster) Suturen anwenden, welche nach Entfernung der Nadeln die Vereinigung sichern. Doch können die Kautschuknähte, beziehungsweise die bloſsen Nadeln, auch bis zur festen Vereinigung liegen bleiben.

Eine Anzahl fertig geschnittener Ringe, kleine Drainstücke und Nadeln lassen sich leicht im Taschenbestecke mitführen, wie ich es selbst gewöhnlich thue.

Mit diesen Angaben wird jeder Kollege im stande sein, sich selbst ein Urteil über diese naheliegende und doch meines Wissens noch ganz unbekannte Nahtmethode zu bilden. Es würde mich freuen, wenn sie sich dem einen oder andern nützlich erweisen sollte, wenn auch ein eigentliches Bedürfnis für dieselbe nicht vorliegt.

Zur Illustrierung der Naht habe ich ein zusammengefaltetes Taschentuch mit seinen beiden Kanten vereinigt. Die beigegebene Abbildung ist nach einer Photographie (in $^2/_3$ natürlicher Gröſse) gezeichnet.

Die Elektrolyse in der Behandlung von Hautkrankheiten.

Von

Dr. Fred. Leviseur,
Dermatolog am St. Bartholomew's Hospital New-York.

Vortrag, gehalten in der Deutschen medizinischen Gesellschaft von New-York am 3. Februar 1890.

Daſs die Elektrolyse eine bedeutende Rolle in der Behandlung der Hautkrankheiten zu spielen bestimmt ist, unterliegt wohl keinem Zweifel. Noch streckt sich indessen dieses Gebiet wie eine unendliche terra incognita vor uns aus, und an der Grenze stehend, blicken wir in die Ferne mit Ungewiſsheit, ob wir den fast wunderbar klingenden Berichten einiger Entdecker Glauben schenken, oder uns durch die pessimistischen Warnungen anderer vom weiteren Vordringen überhaupt abschrecken

lassen sollen. — Wie Ihnen recht wohl bekannt ist, hat es der Elektrolyse in der Chirurgie, der Gynäkologie, der Laryngologie und in der Behandlung der männlichen Harn- und Geschlechtsorgane gerade in jüngster Zeit wieder nicht an den enthusiastischsten Fürsprechern gefehlt. Aber es erhob sich jedesmal von seiten vieler ruhig denkender Beobachter so stürmischer Protest, daſs es dem praktischen Arzte notwendigerweise hat schwer fallen müssen, durch die wild strudelnden Diskussionen hindurch unbeirrt seinen Kurs zu verfolgen. In solchen Momenten des Zweifels erscheinen uns die groſsartigen elektrotherapeutischen Erfolge der modernen Nervenheilkunde als leuchtende und ermutigende Zeichen, und beim Studium der Lehrbücher von Erb, Ziemssen, De Watteville, Lewandowski u. a. wird uns vollkommen klar, daſs auch für andere Zweige der Medizin, für die Dermatologie aber ganz besonders, hier noch genug solider und fruchtbarer Boden zum Auf- und Weitersprossen vorhanden ist. —

Selbst auf die Gefahr hin, viele Ihnen längst bekannte Dinge zu wiederholen, möchte ich der Übersichtlichkeit wegen diejenigen physiologischen und physikalischen Gesetze der Elektrolyse, die für uns von praktischer Bedeutung sind, zusammenstellen und vorausschicken.

Wenn animalisches Gewebe der elektrolytischen Wirkung des galvanischen Stromes ausgesetzt wird, so geschieht im groſsen und ganzen dreierlei.

1. Das in dem Gewebe enthaltene Wasser wird zersetzt. Am positiven Pole erscheint Sauerstoff, während am negativen unter reichlichem Schäumen Wasserstoff entwickelt wird.

2. Die Salze spalten sich in Säuren, welche zum positiven, und Alkalien, die zum negativen Pol wandern.

3. Die Säuren im Verein mit dem nascierenden Sauerstoff wirken oxydierend sowohl auf die Metall-Anode (falls dieselbe nicht von Gold oder Platinum ist), als auch auf das von derselben beeinfluſste Gewebe. Die an der Kathode auftretenden Alkalien haben einen kaustischen Effekt. — Bringt man die unverletzte Haut mit kleinen metallischen Elektroden in Berührung und läſst einen ziemlich starken Strom einwirken, so erscheint unter der Kathode ein mit deutlich alkalisch reagierendem Inhalt erfülltes Bläschen. Dasselbe verwandelt sich in einen grauen, weichen Schorf, der, wenn er schlieſslich abfällt, eine elastische, wenig retraktile Narbe zurückläſst. Unter der Anode sind die Erscheinungen bei weitem nicht so deutlich ausgeprägt. Es erscheint nach einiger Zeit eine mit sauer reagierender Flüssigkeit erfüllte Quaddel, die sich später in einen soliden Schorf verwandelt. Die zurückbleibende Narbe ist unnachgiebig und konstringierend. Das Blut wird durch den galvanischen Strom an beiden Polen zur Gerinnung gebracht. Das Gerinnsel, welches

sich am positiven Pole bildet, ist solider und der Metall-Anode anhaftend, das an der Kathode entstehende locker und krümelig. — Eiweiſs, Faserstoff, Fett, Säuren, Chlor u. s. w. treten hierbei am positiven, die Extraktivstoffe, die alkalischen und erdigen Basen, das Eisen und die Farbstoffe am negativen Pole auf. — Auch reine Eiweiſslösungen, selbst in solchen Verdünnungen, in denen dies durch kein anderes Verfahren bewerkstelligt werden kann, werden zur Gerinnung gebracht.

Mit diesen chemischen Vorgängen sind thermische Erscheinungen natürlich auf engste verknüpft; doch spielen dieselben (da die Polspitzen sich niemals — wie in der Galvanokaustik — direkt berühren) keine prominente Rolle und können füglich vernachlässigt werden.

Die speziell elektrischen, oder — wie Remak sie genannt hat — katalytischen Wirkungen des galvanischen Stromes kommen selbstverständlich auch bei der Elektrolyse in Betracht. Sie bestehen ungefähr in folgendem (Lewandowsky):

1. Erweiterung der Blut- und Lymphgefäſse und dadurch erleichterte und gesteigerte Blut- und Säfte-Cirkulation und Resorption.

2. Gesteigerte Imbibitionsfähigkeit der Gewebe und erhöhte osmotische Vorgänge.

3. Erregung oder Beruhigung der Nerven und die hierdurch herbeigeführte Änderung des Stoffwechsels und der Ernährung.

4. Änderung der molekulären Anordnung der Gewebe, ihrer Erregungsfähigkeit und Ernährungsthätigkeit.

5. Folgen und Wirkungen des mechanischen Transportes von Flüssigkeiten von Pol zu Pol. — Welchen Anteil, bezüglich der Haut, die vasomotorischen Centren, die Hautmuskeln, die Drüsen- und Lymphapparate u. s. w. an diesen so komplizierten Vorgängen nehmen, ist vorderhand noch nicht näher erforscht worden.

Von den physikalischen Gesetzen der Elektrolyse fallen die folgenden praktisch ins Gewicht.

1. Die chemische Wirkung ist gleich stark an allen Punkten der Stromschlinge, wo sie zur Wirkung gebracht wird.

2. Die Menge eines während einer Zeiteinheit an einer Elektrode abgeschiedenen Elementes oder „Jons“ ist proportional der Stromstärke.

3. Wird ein Strom durch eine, eine dünne Flüssigkeit enthaltende, senkrecht gestellte Röhre geleitet, und zwar so, daſs die Polenden durch ins Glas geschmolzene Platindrähte gebildet werden, der negative Pol oben und der positive unten, so wird die in dem Röhrchen befindliche Flüssigkeit in die Höhe steigen, und zwar im Verhältnis der Stärke des Stromes. Reinold und Rücker fanden in ähnlicher Weise, daſs ein vertikal stehender Seifenschaum, durch welchen ebenso wie oben ein aufwärts gerichteter Strom geleitet wird, auſserordentlich lange, ohne zu zer-

fliefsen, bestehen bleibt. An diese Phänomene reihen sich die in den mit porösen Zwischenwänden versehenen Elementen zustande kommenden osmotischen Vorgänge an. Ich habe absichtlich hier nur vom galvanischen und nicht vom faradischen Strome gesprochen, da sich der letztere sehr wenig zur Ausführung elektrolytischer Operationen eignet. —

Aus dieser kurzen Übersicht können wir leicht den Schlufs ziehen, dafs wir uns in der praktischen Anwendung der Elektrolyse in der Behandlung der Hautkrankheiten hauptsächlich auf die chemische Wirkung des elektrischen Stromes stützen. Doch dürfen wir nicht vergessen, und kann nicht genug hervorgehoben werden, dafs es geradezu unmöglich ist, chemische und katalytische Wirkung streng zu trennen. Wir haben es hier nicht nur mit einem genau kontrollierbaren und leicht zu dosierenden Causticum zu thun, sondern auch mit einer, bis jetzt noch nicht näher gekannten Kraft sui generis, einer Kraft, der wir einen Einflufs auf die zartesten Lebensvorgänge der Zelle zum mindesten nicht ganz absprechen können.

Die populärste Anwendung der Elektrolyse ist die jetzt allgemein bei der Behandlung der Hirsuties geübte. Bekanntlich wurde das Verfahren von CHARLES E. MICHEL in St. Louis erfunden, dann von PIFFARD, HARDAWAY, FOX, JACKSON, WHITE, DUHRING, HEITZMANN, ROHÉ, AMORY, HAYES u. a. ausgebildet. In Deutschland waren es hauptsächlich MICHELSON, BEHREND, LUSTGARTEN, MOELLER, in Frankreich BESNIER und BROCQ u. a., die dem neuen Mittel ihr geniales Interesse liehen. „Schon im alten Rom“, sagt PASCHKIS, „wurde die Epilation als wichtiges kosmetisches Geschäft betrieben. Damen liefsen sich von der utricula, Männer von den alipilis epilieren. Dieses war von gröfserer Bedeutung als bei uns, denn mit wenigen Ausnahmen wird bei uns eine Hirsuties nur dann als kosmetischer Fehler empfunden, wenn sie im Gesicht, am Halse, bei Damen auch an den Armen ihren Sitz hat. In Rom, wo die linke Schulter samt Oberarm und die betreffende Achselhöhle, dann Nacken und Brust stets, Unterschenkel und Arme sehr häufig unbekleidet blieben, war die Entfernung der Haare unbedingt nötig.“ Diese schönen Zeiten sind leider für immer vorüber! Doch gibt es heutzutage immerhin Patientinnen genug, die sich, wegen entstellenden Bartwuchses aufs tiefste deprimiert, hilfeflehend an den Arzt wenden. Der modus operandi ist schon so oft und von Prof. G. H. FOX so klassisch beschrieben worden, dafs ich mich sehr kurz fassen kann. Die Patientin nimmt auf einem Stuhle mit hohem Sitz und bequemer Rücklehne, dem Fenster gegenüber, also im vollen Lichte, Platz. Ich benutze einen Barbierstuhl, der eine zurücklegbare Lehne und eine Kopfstütze besitzt, die vor und zurück und auf und ab bewegt werden kann. Als Elektrizitätsquelle kann irgend einer der bekannten galvanischen Apparate benutzt werden, doch sind

(nach De Watteville) solche mit einer beträchtlichen Anzahl einzelner Elemente von mittlerer Gröſse die besten. Chromsäure-Tauchbatterien mit 20—30 Elementen haben sich mir noch am besten bewährt. Zur genauen Kontrolle und richtigen Dosierung der Stromstärke ist ein gut arbeitendes Milliampère-Meter unumgänglich nötig, und sollte keine elektrolytische Operation ohne ein solches vorgenommen werden. Es empfiehlt sich, jedesmal sämtliche Elemente in Thätigkeit zu setzen und mit Hilfe eines Rheostaten die gewünschte Resistenz ein- oder auszuschalten. Den positiven Pol der Batterie setze ich vermittels Leitungsschnur mit einem von mir konstruierten Stativ in Verbindung, dasselbe besteht einfach aus einer auf einem schweren Metallfuſse befestigten Messingröhre, in welcher ein Messingstab auf- und abbewegt und durch eine Schraube in beliebiger Höhe fixiert werden kann. Auf das Ende des Stabes kann eine der gebräuchlichen Schwammelektroden aufgesteckt werden. Die Leitungsschnur wird in der Nähe des Fuſses eingeschraubt, so daſs sie am Boden herläuft und wenig im Wege ist. Das Stativ wird rechts oder links seitlich am Stuhle aufgestellt, so daſs es leicht, auch wenn die Patientin den Kopf abwendet von demselben, mit der Hand erreicht werden kann. Was den Nadelhalter, der mit dem negativen Pole in Verbindung gesetzt wird, anbetrifft, so möchte ich vor einem mit Stromunterbrechungsvorrichtung versehenen entschieden warnen. Das Öffnen und Schlieſsen ist nämlich mit unangenehmem, unerwartet kommendem Shock verbunden. Es hat sich mir als groſse Erleichterung herausgestellt, die Nadel in beliebiger Winkelstellung zum Halter fixieren zu können, und habe ich mir deshalb ein Instrument hergerichtet, das dieser Anforderung entspricht (*Med. Record.* Nov. 1889). Als Nadeln bedient man sich am besten der von Juwelieren gebrauchten feinen Stahlnadeln. — Nachdem die Nadel vorsichtig, ohne Anwendung von Gewalt, tief in den Haarfollikel eingeführt worden ist, wird die Patientin aufgefordert, die positive, wohlbefeuchtete Schwammelektrode zu ergreifen und 20—30 Sekunden lang fest zu drücken. Dann wird der Strom durch Loslassen der Elektrode seitens der Patientin unterbrochen und die Nadel hierauf aus dem Follikel herausgezogen. Schlieſslich entfernt man das Haar, das nun dem leisesten Zuge schon folgt, mit der Pincette. Ein Strom von 1—2 Milliampères ist zur Ausführung der Operation hinreichend stark genug.

Ich habe gefunden, daſs die Resistenz des in der oben angegebenen Weise in den Strom eingeschalteten Körpers ungefähr 3 Milliampères beträgt, und verbinde ich deshalb vor der Operation die beiden Pole — Metall mit Metall — und stelle mittels des Rheostaten die Nadel des Milliampère-Meters auf die Zahl 5. Man kann dann während der Operation die Nadel zwischen 1½ und 2 schwanken sehen. 30—40 Haare

können auf diese Weise in einer Sitzung entfernt werden. Mehr wie zwei Sitzungen in einer Woche werden wohl nicht vertragen werden können. Der Schmerz ist im allgemeinen nicht grofs. Am unangenehmsten wird die Epilation empfunden an den Augenlidern (Trichiasis), der Oberlippe und am Hals über dem Kehlkopf.

Was die Antisepsis anbetrifft, so thut man gut, die Nadel öfters in starke Karbolsäurelösung zu tauchen und dann abzutrocknen. Unter keinen Umständen operiere man in unmittelbarer Nähe von Aknepusteln. Ist die Operation geschickt ausgeführt worden, so kommt es an der Stelle der epilierten Haare nur zu ephemeren, urticariaartigen Reizerscheinungen, nur ein geringer Prozentsatz von Haaren wächst wieder nach (5%), und die enthaarten Hautstellen sind vollkommen glatt und ohne Narben. Beim Zustandekommen eines so günstigen Resultates spielen, glaube ich, die in die Haartaschen mündenden Talgdrüsen eine nicht unbedeutende Rolle. Schon durch den mechanischen Reiz allein und mehr noch bei geschlossenem Strome werden die Drüsen zur Kompression gebracht und entleeren ihren Fettinhalt in die Haartasche und nach aufsen. Es ist nun nicht unwahrscheinlich, dafs durch diesen Umstand der in der Nähe der Hautoberfläche befindliche Teil der Nadel gewissermafsen mit einer isolierenden Fettschicht umgeben wird, während die in der Nähe der Haarpapille eindringende Spitze der Nadel volle elektrolytische Wirkung entfalten kann. Es erklärt sich auch hieraus, weshalb die elektrolytische Epilation bei jugendlichen, etwas zur Seborrhöe geneigten Individuen so viel erfolgreicher ist als bei älteren Personen mit trockener Haut. Auch dafs es bei Entfernung oberflächlich wurzelnder Haare viel leichter zur Pustulation und Narbenbildung kommt.

An die elektrolytische Epilation schliefsen sich ähnliche kosmetische Operationen im Gesichte an. Zur Behandlung kommen hauptsächlich Fibrome, Papillome, Pigment- und Gefäfsmäler, Angiome, Teleangiektasien, Xanthome, Keloid und Acne Rosacea. Es würde zu weit führen, wollte ich hier auf Details eingehen, und will ich deshalb nur einige allgemeine Gesichtspunkte geben.

Drei Wege führen zum Ziel.

1. Die monopolare Methode mit dem negativen Pol. Es ist dies das soeben ausführlicher geschilderte Verfahren. Apparate und Instrumente sind dieselben. Auch wende man, wie bei der Epilation, nur schwache Ströme an, da bei starken die Patienten durch Phospheme, Schwindel, ja Ohnmachtsanfälle beunruhigt werden könnten. Alle über das Hautniveau hervorragenden Geschwülste härterer Konsistenz sind für diese Methode vorzüglich geeignet. Da in der Elektrolyse der Satz gilt: „corpora non agunt non nisi fluida“, so befeuchte man das Operationsfeld erst gründlich mit Salzwasser. Man kann in einer Sitzung kleine Ge-

schwülste vollständig im Niveau der gesunden Haut unterminieren. Dieselben verwandeln sich in einen trockenen Schorf, unter dem sich eine außerordentlich glatte und wenig auffällige Narbe bildet.

Nicht ganz so günstige Resultate gibt die Behandlung ganz flacher Pigmentmäler. Hier muß man langsam punktierend vorgehen, oder man kann sich des von Prof. Fox konstruierten, viele Nadelspitzen führenden Instrumentes bedienen. — In Übereinstimmung mit Prof. Fox und Dr. Heitzmann habe ich von der Behandlung des Keloids und hypertrophischer Narben in dieser Weise keinen guten Erfolg gesehen. Was Xanthome anbetrifft, so würde ich, trotz der gewöhnlichen, so unangenehmen Lokalisation am inneren Canthus, nicht zögern, dieselben langsam und vorsichtig mittels der Elektrolyse zu entfernen.

2. Die monopolare Methode mit dem positiven Pol. Das mit dem letzteren verbundene Instrument muß aus Gold oder Platin bestehen oder mit diesen Metallen wenigstens überzogen sein. Auch sind sie gewöhnlich mit einem isolierenden Lack- oder Kautschuküberzug bis in die Nähe der Spitze überzogen. Die Methode eignet sich sehr gut zur Beseitigung von Angiomen, Teleangiektasien u. s. w. Hat man die Anodennadel eingeführt und will man sie wieder herausziehen, so stößt man auf bedeutenden Widerstand. Die Nadel wird durch Blutcoagula festgehalten, als ob sie in das Gewebe eingefroren wäre. Man muß deshalb, ehe man die Nadel entfernt, den Strom wenden und langsam ausschleichen. Große, rasch wachsende Angiome sind für diese Behandlung weniger geeignet.

3. Die bipolare Methode. Beide Pole werden mit dem zu entfernenden Gewebe in Berührung gebracht. Diese Kombination der beiden zuerst genannten Methoden hat den Vorteil, daß der elektrische Strom nicht den ganzen Körper des Patienten zu durchströmen braucht. Man kann deshalb auch stärkere Ströme im Gesicht zur Anwendung bringen. Dr. Boudet (Paris) hat eine Anzahl solcher Doppelelektroden konstruiert, die diesem Zwecke sehr gut entsprechen (Lewandowsky. *Elektrotherapie.* 1879). —

Kinder zeigen sich gegen die Anwendung der Elektrolyse äußerst rebellisch. Am besten gelingt noch die Ausführung der bipolaren Methode.

Was maligne Neubildungen anbetrifft, so hat man schon früher versucht, dieselben auf elektrolytischem Wege zu entfernen. Bekanntlich haben Althaus, Groh, Bruns, Brenner, Neftel u. a. sich speziell mit solchen Operationen beschäftigt. Da das Verfahren den gestellten Anforderungen niemals so recht entsprach, ging man immer und immer energischer vor. Beard und Rockwell führen speerförmige, große Nadeln tief ins gesunde Gewebe rings um die Basis des Tumors. Die Anodennadel wird ruhig gehalten, während die Kathode nach allen Richtungen hin herumbewegt wird. Die Operation geschieht in der

Narkose und nimmt 10—45 Minuten in Anspruch. Die Autoren sind neuerdings der Meinung, dafs grofse Tumoren doch lieber erst mit dem Messer entfernt werden sollen, worauf dann der Grund der Wunde ausgiebig elektrolytisch behandelt wird. Es wird somit offen zugegeben, dafs die Elektrolyse zur Wegschaffung oder Unschädlichmachung von rasch zerfallendem oder infektiösem Gewebe nicht geeignet ist. Jedoch ist die Idee, die in der Wunde möglicherweise zurückgebliebenen krankhaften Reste durch Elektrolyse unschädlich zu machen, eine sehr rationelle, und sollte in der Behandlung maligner Hautaffektionen gründlich beachtet werden.

Behrend, Gärtner und Lustgarten empfehlen neuerdings die Behandlung des Lupus auf elektrolytischem Wege (Kaposi, *Hautkrankheiten.* pag. 785). Dafs von amerikanischen Ärzten noch keine Berichte über das interessante Verfahren vorliegen, hat wohl darin seinen Grund, dafs der Lupus in Amerika glücklicherweise zu den selteneren Affektionen gehört.

Wie ich höre, beschäftigt sich Dr. G. T. Jackson augenblicklich eingehender mit diesem Gegenstande, und werden wir wohl bald etwas aus der gewandten Feder dieses gründlichen Beobachters zu lesen bekommen. — Der Vollständigkeit halber will ich noch erwähnen, dafs auch Ulcera cruris, spitze Kondylome und chronische Geschwürsbildungen verschiedenen Ursprungs von einigen Autoren erfolgreich elektrolytisch behandelt worden sind. Auch über Akne liegen diesbezügliche Berichte vor. Ob Manassei (*Dr. S. Guttmanns Jahrbuch der praktischen Medizin.* 1889) wirklich durch elektrolytische Zerstörung der Initialsklerose syphilitische Allgemeinerscheinungen verhütet hat, bedarf noch der Bestätigung.

Ich glaube das oben Gesagte folgendermafsen zusammenfassen zu können:

1. Die Elektrolyse leistet bei Ausführung kosmetischer Operationen im Gesicht vorzügliche Dienste.

2. Die monopolare Methode mit dem negativen Pol ist am leichtesten ausführbar und gibt die günstigsten Resultate.

3. Die Ausführung elektrolytischer Operationen sollte Laien unter keinen Umständen überlassen werden. Aber auch der Arzt sollte niemals, ohne vollständig mit guten Apparaten und Instrumenten ausgerüstet zu sein, arbeiten.

4. Zur Behandlung von Neubildungen maligner oder rasch wachsender Natur wirkt die Elektrolyse zu wenig intensiv und zu langsam. Doch fordern die günstigen Berichte einiger Beobachter dazu auf, mit verbesserten Instrumenten und vervollkommneter Methodik in dieser Richtung weiter versuchend vorzugehen. —

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

von

P. G. UNNA.

VI.

Blutung.

(Schlufs.)

WILSON FOX fand bei einem Syphilitischen als Grund der Hautblutungen Amyloid der Kapillaren. Man kann sich wohl vorstellen, dafs eine ausgebreitete amyloide Degeneration kapilläre Stasen und schliefslich Blutungen hervorzufen imstande ist. Immerhin scheint dieser Fall nur ausnahmsweise vorzukommen. Ich habe hyaline Degenerationen der Kapillaren öfters bei chronischen Dermatosen gefunden, amyloide bisher noch nicht. USKOW[4] beschrieb aus skorbutischem Zahnfleisch eine bedeutende Endothelschwellung der Blutkapillaren. LELOIR[5] konstatierte in einem Falle von Hämorrhagien der Haut eine eigentümliche, starke Proliferation des Endothels der kleineren Gefäfse und Kapillaren mit teilweiser Ablösung desselben. Es handelte sich um einen Fall von Cirrhose der Leber und interstitieller Nephritis mit Atherom der Aorta. Auf den ödematösen Beinen zeigten sich kurz vor dem Tode rosenartige, verzweigte Erythemplaques, in deren Centren, jener Capillaritis desquamativa entsprechend, Petechien auftraten. Aufserdem waren die Gefäfse stark erweitert, besonders die der Papillen, und es bestand eine lebhafte Emigration von Leukocyten, dagegen keine Bildung von Fibrinpfröpfen. LELOIR bezieht die Obturation der Kapillaren teils auf eine Stagnation weifser Blutkörperchen, teils auf eine solche von desquamierendem Endothel.

In demselben Sinne hat HAYEM[5] die Blutungen der Haut bei einer kachektischen Phthisica und in einem Falle von Peliosis rheumatica auf

---

[4] USKOW. *Centralbl. f. d. med. Wissensch.* 1878. pag. 498.

[5] LELOIR. Contribution à l'étude des Purpuras. *Annales de Dermat.* T. V. 1884. pag. 1.

[6] HAYEM. Lésions des artères dans deux cas de Purpura haemorrhagica. *Comptes rend. des séances de la Soc. de Biol.* 1870. pag. 24.

die von ihm dabei aufgefundene Endarteriitis obliterans bezogen.[6] Die kleinen Venen waren stark blutüberfüllt; andere Gefäfse durch den Druck des ergossenen Blutes platt gedrückt und leer. Es ist aber nicht wohl verständlich, wie der an der Haut so weit verbreitete Prozefs der Endarteriitis obliterans an und für sich Blutungen hervorrufen soll. Er setzt wohl in den höheren Graden den Druck und die Geschwindigkeit des Blutstromes herab, aber doch nur proportional der Verminderung der Blutmenge. Eine wahre Stauungsdiapedese mit gleichzeitiger Hyperämie könnte man nur von einer einseitig vorwaltenden Endophlebitis obliterans erwarten, wie sie nach den bisherigen Erfahrungen kaum vorkommen dürfte. Deshalb spielt in der Ätiologie der Hämorrhagien diese hauptsächlich arterielle und sehr gewöhnliche Gefäfsalteration gewifs keine entscheidende Rolle; Petechien müfsten sonst eben noch viel häufiger vorkommen. Unter den Befunden Hayems figuriert aber noch eine Verstopfung der Arterien mit fibrinösen, fein granulierten Massen, welcher wahrscheinlich eine gröfsere Bedeutung zukommt, als der organischen Gefäfsveränderung. Letztere kann ich nur als Hilfsmoment betrachten, indem sie Druck und Geschwindigkeit des Blutstromes herabsetzen und so die Gerinnung erleichtern mufste.

Einen in dieser Beziehung sehr interessanten Befund verdanken wir Letzerich[8], welcher bei der Purpura haemorrhagica die von ihm entdeckten Bacillen und deren Sporen in gelatinöse, die Kapillaren vollständig erfüllende Pfröpfe eingelagert fand. Letzerich glaubt, dafs dieselben durch Einwirkung der Organismen auf das Serumeiweifs des Blutplasmas entstehen. Sie finden sich hauptsächlich an den Winkeln dichotomisch verzweigter Kapillaren und entsprechen den häufig zu findenden hellen Lücken innerhalb der Petechien; durch Druck entleeren sie sich aus der angeschnittenen Haut in toto.

Es ist nun sehr leicht möglich, dafs in den Fällen Hayems wie überhaupt bei sehr vielen Arten der Purpura ein ähnlicher Vorgang: Bakterienembolie, Gerinnung des Plasmas auf weite Strecken und konsekutive Stauungsdiapedese vorliegt. Das Verdienst, zuerst Blutungen der Haut mit der Ansiedelung von Bakterienkolonien in Zusammenhang gebracht zu haben, gebührt zweifellos Klebs.[9] Er fand bei einer Art Purpura bei Neugeborenen, die Ritter von Rittershain beschrieb und

---

[7] Ähnliche Befunde hatte nach v. Kogerer (s. o.) auch Riehl bei Untersuchung der Hautblutungen bei Skorbut, Morbus Werlhofii und Peliosis rheumatica neben anderen, die für eine entzündliche Affektion des umgebenden Hautgewebes sprachen.

[8] Letzerich. *Untersuchungen über die Ätiologie und Kenntnis der Purpura haemorrhagica.* Leipzig 1889.

[9] Klebs. Beiträge zur Kenntnis der pathogenen Schistomyceten. VI. *Arch. f. exper. Pathol.* Bd. IV. 1875. pag. 473.

mit dem (unpassenden) Namen Haemophilia acquisita neonatorum belegte, eine Mykose des Blutes. Die Kolonien seines Monas haemorrhagicum bestanden aus ruhenden Stäbchen, welche, die Blutgefäfse verstopfend, Blutungen hervorriefen. Die Krankheit führte gewöhnlich am Ende der ersten Woche zum Tode; es fanden sich aufser an der Haut Blutungen im Darm, den Muskeln, Lungen, Hirnhäuten. Da Diarrhöe die Krankheit einleitete, handelte es sich wahrscheinlich primär um eine Darmmykose. Nach ihm haben CORNIL und MARTIN DE GIMARD, EPPINGER und PETRONE, COHNHEIM und WEIGERT sich in ähnlichem Sinne, gestützt auf analoge Befunde, ausgesprochen. Es würden sich auch wirklich so die infektiösen Formen der Purpura am einfachsten erklären, und da diese das Hauptkontingent stellen, so wird man wohl der bakteritischen Gerinnungsthrombose eine sehr grofse Rolle in Zukunft einräumen müssen. So werden auch eine ganze Reihe von Fällen, welche die Autoren auf einfache Fibrinthromben zurückführten, wahrscheinlich gemischte, bakteritisch-fibrinöse Thrombosen gewesen sein. So der dritte Fall von HAYEM[10], wo bei einer infektiösen, letal verlaufenden Purpura die Blutungen durch Konkretionen erzeugt wurden, die der Autor auf Rechnung der „précipitation granuleuse“ setzt. So der zweite Fall von LELOIR[11], welcher einen kachektischen Phthisiker betrifft. Die Gefäfse waren hier nicht alteriert und nicht hochgradig dilatiert, aber mit Fibrinpfröpfen erfüllt. Jedenfalls ist HAYEM uns schuldig geblieben zu erklären, weshalb in den specifischen Purpuraerkrankungen gerade vorzugsweise die Haut von diesen spontanen Präcipitaten des Blutes heimgesucht wird, während doch in seinen Tierversuchen die Haut gerade frei blieb und die besonderen Verhältnisse der Haut den embolischen Blutungen überhaupt nicht günstig sind. Diese Prädilektion der Blutungen für Haut und Schleimhäute in den verschiedenen Purpuraerkrankungen ist offenbar weit besser erklärlich, wenn Parasiten von bestimmten Eigenschaften die Lokalisation bestimmen und an ihre Existenz in den Blutgefäfsen dann Alterationen des Blutes, Thrombosen und Blutungen sich an jenen Orten anschliefsen.

Hiermit soll nur darauf hingewiesen werden, dafs irgend eine allgemeine Theorie, welche für die Purpurakrankheiten auf multiple Gerinnselbildung durch chemische Einflüsse rekurriert, noch durchaus nicht das Wesen dieser Blutungen speziell an der Haut aufzuklären vermag. Es liegt mir nichts ferner, als die Möglichkeit einer solchen multiplen Gerinnselbildung, um andere im Blutstrom kreisende Körper als Mikroorganismen ganz von der Hand zu weisen; nur an Spontangerinnungen

---

[10] HAYEM. *Du sang et de ses altérations.* Paris 1889. pag. 962.
[11] s. oben.

im kreisenden Blute als Ursache von Hämorrhagien der Haut vermag ich nicht zu glauben.[12]

Als derartige Körper wurden von OLLIVIER und RANVIER die weifsen Blutkörperchen bei hochgradiger, zu Petechien führender Leukocytose angesehen. Haufen derselben sollen die Gefäfse verstopfen und auf diese Weise Stase hervorrufen. Und ganz neuerdings hat HARRIS[13] bei drei Lymphosarkomen des Mediastinums Hämorrhagien der Haut beobachtet und als Ursache in einzelnen Präparaten eine Verstopfung der Kapillaren mit Sarkommassen eruiert. Schon früher hatte FAGGE[14] einen derartigen Konnex zwischen sarkomatösen Geschwülsten und Hautblutungen behauptet.

Bis weitere Untersuchungen der verschiedenen Hautblutungen seitens der Kliniker und Anatomen in dieses Kapitel gröfsere Klarheit bringen, scheinen mir nach den bisher gemachten Beobachtungen mithin folgende ätiologisch verschiedenen Formen von Petechien angenommen werden zu müssen.

In erster Linie kommen die einfachen Stauungspeliosen in Betracht, welche garnicht so häufig sind, wie man gewöhnlich annimmt. Öfter kombiniert sich die venöse Stauung mit einer anderen Ursache der Purpura.

Die zweite und wichtigste Gruppe bilden sodann die akut auftretenden, umschriebenen oder ausgedehnten Hautblutungen bei infektiösen Krankheiten. Hier hat der obsolete Begriff der „Blutdissolution“ früher am öftesten aushelfen müssen. Auch der moderner gedachte Ersatz der „Coagulation par précipitation granuleuse“ von HAYEM mufs hinter den einfachen und klaren Befunden gemischt fibrinös-bakterieller oder hyalinbakterieller (LETZERICH) Thrombosen zurückstehen. Diese letzteren bilden vorderhand das Prototyp aller ähnlichen Purpuraexantheme.

In dritter Linie zu nennen sind die offenbar viel selteneren, ausgedehnten Obturationen der Hautkapillaren durch Lymphkörperchen, Sarkommassen etc. Ob nicht auch hier die fortgesetzte Thrombose durch Fibringerinnsel eine Rolle spielt, wäre zunächst zu untersuchen.

Eine vierte Gruppe würden diejenigen Fälle ausmachen, wo eine weitverbreitete Degeneration der Kapillaren (Capillaritis desquamativa LELOIR, Amyloid FOX) als Ursache der Blutungen gefunden wird. Die Veränderungen der gröfseren Hautgefäfse, besonders durch Endarteriitis

---

[12] Deshalb lassen sich auch leider die interessanten und für die Blutungen der Lunge und des Darmes vielleicht bedeutungsvollen Untersuchungen von KÖHLER, ANGERER und v. DÜRING über die Gerinnung des strömenden Blutes durch Fermentintoxikation gerade für die Theorie der Purpuraformen der Haut nicht verwerten.

[13] HARRIS. The relation of purpura to malignant growths. *Med. Chron.* 1889. pag. 353.

[14] FAGGE. *Guy's Hosp. Rep.* 1881.

obliterans, sind dagegen mehr als Hilfsmomente für die Blutungen aufzufassen, indem sie Kapillarthrombosen ähnlich begünstigen müssen wie die venöse Stauung.

In eine fünfte, noch ganz hypothetische Gruppe wären sodann die Arten toxischer Purpura zusammenzufassen, wie sie bei akuten Vergiftungen und gewissen chronischen Krankheiten auftreten. Hier würde der HAYEMsche Gedanke einer spontanen Blutgerinnung um zerfallende Hämatoblasten am ehesten Aussicht haben, sich zu bewahrheiten. Alsdann würden auch diese Fälle aus dem Schatten der Blutdissolution in das Licht mechanischer Erklärung treten.

Noch schwieriger wird eine solche für jene sechste Art der Hautblutung festzustellen sein, welche von französischen Forschern als nervöse Hämorrhagien beschrieben sind. STRAUS[15] fand bei Tabetikern zur Zeit ihrer neuralgischen Krisen Petechien oberhalb der Schmerzpunkte. FAISANS[16] konnte bei gewöhnlichen Neuralgien ohne Störungen der Sensibilität solche Hautblutungen nachweisen, welche ebenfalls mit den Schmerzpunkten zusammenfielen. Bei einem Kranken entsprachen drei hämorrhagische Flecke drei Schmerzpunkten im Verlauf des Ischiadicus. Manche französische Autoren, z. B. COUTY[17], welche auch die Peliosis rheumatica zu einer nervösen Allgemeinstörung machen wollen, gehen in dieser Richtung offenbar zu weit. Immerhin verdanken wir ihnen hauptsächlich die erste Bearbeitung dieses schwierigen Kapitels. Aufser den genannten „neuralgischen“ Petechien verdienen vielleicht manche Hautblutungen bei Krebs und Tuberkulose der Wirbelsäule hier angeschlossen zu werden. Es liegt nahe, den weiten Ring der Purpuraformen hier wieder durch Anschlufs der schon oben besprochenen Hautblutungen bei den spastischen Angioneurosen der Haut: Urticaria und Erythema multiforme zu schliefsen. In der That ist es denkbar, dafs bei Neuralgien ein venöser Spasmus ausgelöst wird, der bei andauernder Stauung zum Austritte roter Blutkörperchen führt. Die genaue klinische und histologische Untersuchung neuralgischer Petechien mufs über die Berechtigung dieser Hypothese entscheiden, welche uns ein mechanisches Verständnis auch der „nervösen“ Blutungen erschliefsen würde und diese letzteren unserer ersten Purpuragruppe subsummieren liefse.

Dagegen möchte es an der Zeit sein, den Begriff der kachektischen Purpura ebenso vollständig aufzugeben, wie den der Blutdissolution. Die hierher gehörigen Fälle von multiplen Blutungen bei kachek-

---

[15] STRAUS. *Archives de Neurologie.* 1880—81. pag. 555.

[16] FAISANS. Des hémorrhagies cutanès liées à des affections du système nerveux et en particulier du purpura myélopathique. *Thèse du Doctorat.* 1882.

[17] COUTY. Purpura nerveux. *Gaz. hebd.* 1876. No. 36—40.

tischen, durch Elend und Alkoholismus heruntergekommenen Individuen, bei alten Leuten im Verlaufe beliebiger, schwächender Krankheiten, besonders an den Unterschenkeln derselben, dürften sich bei anatomischer Untersuchung als zu einer der ersten drei Gruppen gehörig ausweisen. Offenbar liegen in der herabgesetzten Energie des Herzens und des Blutdruckes in den Kapillaren der Haut für alle Verstopfungen durch Bacillenthromben, Geschwulstmassen und Endothelwucherungen wichtige Hilfsursachen vor, aber die eigentlichen Ursachen wird man doch wohl in jenen Momenten zu suchen haben.

Ebenso muſs ich mich entschieden dagegen erklären, nach dem Vorgange von CORNIL, dem HILLAIRET und DUCASTEL gefolgt sind, einfache, hochgradige Erweiterungen der Kapillaren als Purpura gelten zu lassen. CORNIL fand in einem Falle von FRÉMONT nur kolossale Erweiterungen der Kapillaren, besonders des Papillarkörpers (der Lippe), die in das Epithel hineinreichten, aber keine Blutextravasate. Infolgedessen pflanzt sich in der französischen Litteratur der Begriff der „Purpura téléangiectasique“ fort. Die Sache liegt hier aber doch so, daſs in bezug auf den Begriff Purpura die anatomische Untersuchung das letzte Wort hat. Finden sich keine Petechien im Gewebe vor, so war eben die klinische Diagnose Purpura falsch, und es geht aus CORNILS Untersuchung nur die Mahnung hervor, sich nicht durch Angiome des Papillarkörpers bei der Diagnose Purpura täuschen zu lassen. Allenfalls könnte man derartige Fälle Pseudopurpura teleangiectodes taufen.

Somit bleiben im ganzen nur die sechs oben angegebenen Gruppen der Purpuraerkrankungen im anatomischen Sinne zurück, und es steht zu hoffen, daſs weitere Untersuchungen diese Zahl noch vermindern werden.

Klinisch sind die Purpuraerkrankungen weit besser bekannt, aber erst heute beginnt auch hier ein ätiologisches Verständnis aufzudämmern. Man kann systematische und essentielle Purpuraformen unterscheiden; bei ersteren bildet das Auftreten von Blutungen nur ein gelegentlich, zufällig, ja selten erscheinendes Symptom neben anderen, mehr charakteristischen Erscheinungen, bei den essentiellen Formen gehören die Hautblutungen zum Wesen der Erkrankungen, die zuweilen (Purpura simplex) fast lediglich aus ihnen besteht.

Symptomatisch treten Blutungen auf bei gewissen akuten und chronischen Dermatosen, und bedeuten dann gewöhnlich eine Steigerung oder die Akme des Prozesses, so bei den oben erwähnten, teilweise vasomotorischen Störungen: der Urticaria communis, Urticaria perstans, dem Erythema multiforme, dem Pemphigus, sodann beim Zoster, ferner bei den Stauungsdermatosen des Unterschenkels, der Phlegmasia alba dolens.

Hieran schliefsen sich die neuralgischen Blutungen, die präagonale Purpura und die Purpura senilis Bateman.

Die akuten Exantheme, Pocken, Scharlach, Masern, vermitteln sodann den Übergang zu einer grofsen Reihe von Infektionskrankheiten, welche alle von Zeit zu Zeit petechiale Eruptionen aufweisen, vor allem gelbes Fieber, Friesel, Typhus abdominalis, Typhus exanthematicus, Cholera, Diphtheritis, Cerebrospinalmeningitis, Puerperalfieber und Pest. In den letztgenannten Krankheiten verwandeln sich Roseolen in Petechien. Was wir oben für die embolische Natur der hierhin gehörigen roseolaartigen Erytheme angeführt haben, gilt in noch höherem Grade für die Petechien. Sie sind wahrscheinlich alle durch gemischte Thromben aus geronnenen Bestandteilen des Blutes und Mikroorganismen hervorgerufen. Ein besonders lebhaftes Interesse hat man unter ihnen von jeher den Hautblutungen bei Variola entgegengebracht, und viele Erörterungen haben sich an deren prognostische Bedeutung geknüpft. Man unterscheidet zweckmäfsiger Weise die foudroyanten Fälle übelster Prognose, bei denen es nur zum Auftreten von Blutungen und garnicht zur Entwickelung des Pockenexanthems kommt, als Purpura variolosa von den hämorrhagischen Pocken, bei denen in die Papeln und Pusteln des Exanthems hinein und zwischen dieselben diapedetische Blutungen stattfinden. Allgemeine gleichzeitige Stauungen im Kreislaufe, oder örtliche — z. B. an den Beinen — haben hierauf, wie wir oben bereits sahen, keinen Einflufs. Vermutlich kommen auch hier mikrobiogene Thrombosen der Hautkapillaren hinzu. Ebenso wie das normale Pockenexanthem kann auch das Prodromalerythem durch Hämorrhagien kompliziert sein.

Zu den subakuten und chronischen Krankheiten weiterschreitend, treffen wir die Endocarditis ulcerosa, den Icterus gravis, den Morbus Brightii und die schweren Malariaformen, Leukämie und Sarkomatose, welche hin und wieder Petechien aufweisen. In dieser Gruppe vollzieht sich der Übergang von den bakteriellen Hämorrhagien zu den vermutlich rein chemisch bedingten, wie wir sie bei den Intoxikationen am reinsten ausgeprägt finden. Die bekanntesten unter diesen letzteren sind die durch Schlangenbifs, Schwefelwasserstoff, Phosphor und Jodkalium erzeugten. Auch durch Chloral, Strammonium, Veratrin, ja durch die Antihaemorrhagica Arnica und Plumbum aceticum in toxischen Dosen sind Hämorrhagien erzeugt worden. Das Jodkaliumexanthem, welches bekanntlich mit besonderer Vorliebe an den Unterschenkeln auftritt, dokumentiert dadurch recht deutlich, dafs auch diese rein chemisch bedingten Diapedesen durch einfache Stauungsverhältnisse sehr begünstigt werden.

Die essentiellen oder idiopathischen Purpuraerkrankungen, zu denen ich mich nun wende, haben als gemeinsames Merkmal das regelmäfsige Auftreten zahlreicher Petechien, Suffusionen

und an Schleimhäuten sogar von Hämorrhagien nach aufsen. Unter sich sind dieselben sehr verschieden, vermutlich infolge der Verschiedenheit der zu Grunde liegenden Infektionsträger, aber bisher werden, wenigstens von deutschen Autoren, eigentlich nur der Skorbut und die Peliosis rheumatica als wohlumschriebene Krankheiten aufgefaſst und dargestellt. Die „Purpura hämorrhagica“ dagegen bildet noch einen Sammelnamen, unter dem die verschiedensten Affektionen zu verschiedenen Zeiten beschrieben worden sind. Das fortschreitende bakteriologische Studium dieser Krankheiten wird uns jedoch in nächster Zeit wohl schon eine gröſsere Anzahl essentiell verschiedener Purpuraerkrankungen erkennen lassen, und wir würden daher gut thun, die unbefangenen klinischen Schilderungen früherer Zeiten nicht ganz zu vernachlässigen. Man kann nach diesen in der That eine Reihe von Typen der Purpura haemorrhagica bereits herausgreifen, deren Anerkennung wenigstens die vorläufige Orientierung und Verständigung erleichtern und der ätiologischen Forschung bessere Anhaltspunkte geben würde.

Die ganze Gruppe infektiöser Peliosen (Purpuraerkrankungen) teilt man zweckmäſsig, wie schon Rayer, in die febrilen und afebrilen ein. Die letztere Abteilung umfaſst nicht nur die ganz und stets fieberlosen Fälle, sondern auch solche, in welchen vorübergehend Temperatursteigerungen vorkommen; dieselben treten dann aber hinter den übrigen Erscheinungen zurück, sind schwach ausgeprägt, ohne typischen Verlauf und häufig nur von Sekundäraffektionen abhängig.

Unter den fieberhaften Peliosen, d. h. also denjenigen Purpuraerkrankungen, bei welchen das Fieber zur Charakteristik der Krankheit gehört, typisch abläuft und zumeist auch eine beträchtliche Höhe erreicht, unterscheidet man am besten eine benigne und eine maligne Form.

Die erstere (Typus Rayer) finden wir besonders in älteren französischen Arbeiten aus dem Anfang dieses Jahrhunderts beschrieben (Lordat, Latour). Die epidemisch auftretende Erkrankung beginnt mit einem Frostanfalle und heftigem Fieber, welches 3—4 Tage anhält. Es gesellen sich Kopf- und Rückenschmerzen, Präkordialangst, Übelkeit, stark belegte Zunge und Erbrechen hinzu. Nach dieser Fieberperiode erscheinen unter rascher Entfieberung zuerst am Halse, dann nach unten fortschreitend am ganzen Körper Petechien, Nasenbluten, Uterusblutungen können gleichzeitig auftreten. Dann folgt eine rasche Besserung aller Symptome. Jedoch bleibt eine Neigung zu Recidiven zurück. Zuweilen erscheinen 1—2 Tage vor dem Auftreten der Petechien figurierte, quaddelartige Erytheme, auf denen sich dann die Hautblutungen erst entwickeln.

Es unterliegt keinem Zweifel, daſs dieser Typus, wenn irgend einer,

den Namen einer Purpura exanthematica verdient. Die Analogie des prodromalen Fiebers und der Abfieberung beim Erscheinen der Hautblutungen, mit dem Prodromal- und Floritionsstadium z. B. der Masern, sprechen sehr für diese Auffassung. Die anfänglichen gastrischen Symptome deuten auf eine Infektion von den Verdauungswegen aus hin.

Viel ernster ist die zweite Form (Typus REHER) der febrilen Peliosen, welche nur sporadisch vorkommt und im Gegensatze zur vorhergehenden den Namen einer Purpura septica verdient. Auch hier beginnt die Krankheit mit Frost und intensivem Fieber. Dasselbe dauert aber nebst den sonstigen typhusähnlichen Symptomen (Kopfschmerz, Erbrechen, Diarrhöe, grofse Schwäche) bis zum mehr oder weniger rasch erfolgendem Tode an. Als Typus mag ein von REHER[18] beschriebener Fall gelten. Derselbe betraf einen 8jährigen Knaben, welcher mit Kopfweh und Erbrechen und hohem Fieber erkrankte. Es trat eine nekrotisierende Angina hinzu. Tod am 10. Tage. Die Sektion ergab aufser den Hautblutungen solche im Oesophagus, Magen, Dickdarm, Herz, Lungen, Zwerchfell, Leber, Niere, Blase und in den Meningen. Leber und Niere zeigten parenchymatöse Trübung. Die Gefäfse aller untersuchten Organe waren mit kleinen Kettenkokken dicht erfüllt. Es erscheint nicht unmöglich, dafs manche Fälle akuter Sepsis, welche nur Blutungen in inneren Organen, parenchymatöse Trübungen aufweisen, ätiologisch mit der Purpura septica zusammenhängen.[19]

Viel formenreicher sind die fieberlosen Purpuraerkrankungen; soviel ich sehe, lassen sich 6 Typen bisher gut unterscheiden, 4 akute und 2 chronische.

Gut charakterisiert ist die von SCHÖNLEIN aufgestellte Peliosis rheumatica und zwar durch die Komplikation mit einer eigentümlichen Gelenkaffektion, die mit dem akuten Gelenkrheumatismus nichts gemein hat. Der Ergufs und die periartikuläre Schwellung ist viel geringer als bei letzterem und weniger springend. Fast immer sind Knie- und Sprunggelenke befallen, schmerzhaft und steif. Mit dem Auftreten der Petechien pflegt die Gelenkaffektion etwas zurückzugehen, doch durch Kälte, unzweckmäfsige Lage leicht wieder hervorzutreten. Die Blutaus-

---

[18] REHER. Zur Ätiologie des Petechialfiebers (Purpura haemorrhagica fibrilis). *Arch. f. exp. Pathol.* Bd. 19. pag. 415. 1885.

[19] Während des Druckes dieser Arbeit erschien die wichtige Arbeit von TIZZONI und GIOVANNINI (Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der hämorrhagischen Infektion. *Zieglers Beiträge.* Bd. VI. pag. 301), welche aus einem Falle von kontagiöser Purpura septica, die sich bei 2 Geschwistern an eine Impetigo capillitii angeschlossen hatte, einen von dem LETZERICHschen bedeutend abweichenden Bacillus gezüchtet haben. Derselbe bildet keine Sporen und findet sich nicht im Blute. Die oben von uns ausgesprochene Vermutung, dafs wir in Bälde die Auffindung mehrerer Purpurabakterien erleben würden, hat sich also bereits bewahrheitet.

tritte sind klein, hellrot, nicht konfluierend. Sie beginnen stets in der Umgebung der befallenen Gelenke und überziehen nur selten den ganzen Körper. Dabei ist das Allgemeinbefinden relativ gut, die Gesichtsfarbe normal, nicht gelblich oder ikterisch wie bei der chronischen Purpura haemorrhagica, oder bleifarben wie bei Skorbut. Von beiden unterscheidet sie auch der vollständige Mangel von Blutungen, der Schleimhäute und innerer Organe, resp. jeder Zahnfleischaffektion. Fieber ist nicht immer vorhanden; höchstens finden sich abendliche Temperatursteigerungen. Die ganze Affektion verläuft rasch und stets günstig. Die bei den schwersten Fällen von Skorbut nach langer Dauer auftretende osteomalacische Knochen- und Gelenkaffektion ist natürlich mit derjenigen bei dem SCHÖNLEINschen Typus nicht entfernt in Parallele zu stellen.

Durch die Abwesenheit jeglicher Komplikationen und hervorragenden Symptome anderer Organe — also eigentlich nur in negativer Weise — charakterisiert ist die Purpura simplex. So bezeichne ich — im Gegensatz zu RAYER, der den Begriff zu weit fast — eine gar nicht selten, besonders bei jungen Leuten und Kindern auftretende, sehr gutartige Affektion, welche in 2 bis höchstens 3 Wochen günstig verläuft. Die Kranken spüren nur eine gewisse Abgeschlagenheit; ältere gehen ihren Geschäften nach, so daſs man häufig den Befund unerwarteter Weise bei Untersuchung auf andere Krankheiten macht. Die Schleimhäute, speziell die des Mundes und Darmes, sind nicht befallen; keine Blutungen anderer Organe werden sichtbar, Kopfweh, Fieber, Gelenkaffektionen fehlen. Die Petechien sind klein, nie konfluierend und nicht besonders reichlich; sie treten regelmäſsig an den Unterextremitäten zuerst auf, dann an den Armen und am Rumpfe. Während die ersteren sich in wenigen Tagen involvieren, erscheinen dazwischen frische Nachschübe. Hierdurch kann sich die Affektion einige Wochen hinziehen. Immer aber verschwindet sie ohne unser Zuthun und ohne Recidive, die bei der chronischen Purpura haemorrhagica zur Regel gehören. — Also alles in allem: schubweises, spontanes Auftreten einfacher Purpuraflecke mit äuſserst geringer Beteiligung des Allgemeinbefindens.

Den dritten Typus akuter, afebriler Peliosen bildet die eigentliche WERLHOFsche Krankheit, so wie sie dieser Autor vor 144 Jahren aufgestellt hat. Zum ersten Male war damit eine Krankheit dieser Gruppe von den chronischen, afebrilen (Skorbut) und von den febrilen Purpuraformen sicher getrennt. Später wurden allerdings alle anderen Formen dieser Gruppe häufig, aber fälschlich unter diesem Namen geführt. Ohne Vorboten treten plötzlich Blutungen aus dem Zahnfleisch und der Nase ein. Die Kranken sind matt, appetitlos. Ein bis zwei Tage später treten punktförmige Petechien zuerst an den Beinen, sodann aufsteigend am übrigen Körper auf, jedoch nie im Gesicht. Es gesellen sich Koliken

und eventuell blutige Stühle hinzu; auch einzelne gröfsere Ekchymosen und leichte Temperatursteigerungen. Stets erfolgt eine rasche Heilung in 8—10 Tagen.

So lautet die ursprüngliche Schilderung von WERLHOF. Auch neuerdings sind solche Fälle beobachtet, wenn auch nur sporadisch und an Zahl gegen die schwereren so ähnlichen Fälle von chronischer Purpura hämorrhagica zurückstehend. Von der Purpura simplex unterscheidet diese Form das primäre Befallensein des Verdauungstraktus, welches auf einen hier befindlichen Infektionsort hinweist und die stärkere Beteiligung des Organismus, von der Peliosis rheumatica der Mangel jeder Gelenkaffektion.

Schwierig ist diese Form nur von der chronischen Purpura haemorrhagica (Typus LETZERICH) abzugrenzen, da sie eine kurze, milde, abortive Varietät der letzteren darstellen könnte und vielleicht wirklich darstellt. In der That scheinen Übergänge, was die Schwere der Symptome und die Dauer der Krankheit betrifft, zwischen beiden Formen häufig vorzukommen. Bis die ätiologische Forschung hier Licht bringt, scheint es mir — schon um der historischen Gerechtigkeit willen — sich zu empfehlen, den Typus WERLHOF als einen akuten festzuhalten.

Als einen vierten Typus in der afebrilen Gruppe kennen wir die von RITTER VON RITTERSHAIN und KLEBS bearbeitete Krankheit der Neugeborenen, welcher der erstere Autor, wie oben bereits erwähnt, den ziemlich unpassenden Namen Haemophilia neonatorum gegeben hat. In der ersten Lebenswoche mit Diarrhöen beginnend, führt die Affektion bereits in der zweiten unter multiplen Blutungen in die Haut, Muskeln, Darm, Lunge, Hirnhäute zum Tode. Auch hier ist durch KLEBS der Beginn als Darmmykose wahrscheinlich gemacht. Die Blutungen erwiesen sich erzeugt durch massenhafte Anhäufungen eines Bacillus in sämtlichen Gefäfsen des Körpers. Man bezeichnet diese Krankheit besser als Purpura neonatorum.

Wir kommen endlich zu den beiden chronischen, afebrilen Formen der Purpura, der Purpura haemorrhagica chronica und dem Skorbut. Man hat beide öfter zusammenwerfen wollen, aber mit Unrecht. Gerade diese lassen sich stets gut von einander unterscheiden.

Die Purpura haemorrhagica chronica umfafst einen grofsen Teil der als WERLHOFsche Krankheit beschriebenen Fälle; man hat sich eben an die ursprüngliche Schilderung des Autors später nicht mehr gehalten. Vielleicht wird — wie oben schon angedeutet — in der That durch Aufdeckung der infektiösen Keime eine wirkliche Identität beider Formen bewiesen werden. Dann würde die eigentliche WERLHOFsche Krankheit als eine wahre Purpura haemorrhagica, als eine Purpura mit Blutungen fast sämtlicher Organe im kleinsten Mafsstabe anzusehen sein.

Bis dahin müssen wir diese schweren Komplikationen vonseiten innerer Organe, die sogar häufig den Tod herbeigeführt haben, als eine dem ursprünglichen WERLHOFschen Bilde fremde Erscheinung ansehen. Als Typus für die Purpura haemorrhagica chronica möge die von LETZERICH in neuester Zeit nach Erfahrung an sich selbst genau beschriebene Krankheit gelten, deren wir oben schon gedachten. Klinisch ist dieselbe ausgezeichnet durch ein langes Prodromalstadium mit Appetitlosigkeit, Mattigkeit und abendlichen Fieberschauern. Zuerst treten dann Blutungen aus der Nase und der Mundschleimhaut, Purpuraflecke am Mundboden und Rachen auf, später erst die Petechien der Haut und zwar in unregelmäſsiger Weise teils spontan, teils auf leichte Traumata hin. Wir finden hier — im Gegensatze zur Peliosis rheumatica — das Element der künstlichen Ekchymosierung, welches bei der Rhexis der Hämophilie eine so groſse Rolle spielt, mehr als sonst bei diapedetischen Krankheiten in den Vordergrund treten. Die „Purpura factitia“ ist ein Beweis, daſs eine partielle Obturation des Gefäſssystems mit bacillären Pfröpfen im Körper weit verbreitet ist; zufällige Traumata können dann durch Steigerung der Hyperämie den Eintritt der Blutung plötzlich herbeiführen. Vergröſserung der Milz, mehr aber (nach LETZERICH) noch der Leber — daher die fahle, gelbliche, etwas ikterische Färbung der Gesamthaut —, leichte rheumatoide Schmerzen in den Gelenken ohne (die bei der Peliosis SCHÖNLEINS) vorkommende Schwellung und ohne Beeinflussung durch Temperaturschwankungen, interkurrente Blutungen der Magen-, Darm-, Bronchial-, Blasen- und Uterusschleimhaut, die unter Umständen eine gefährliche Höhe erreichen können — das sind die gewöhnlichen Begleiterscheinungen der chronischen Purpura haemorrhagica. Die Hautblutungen sind hier von viel wechselnderer Gestalt und Gröſse als bei der Peliosis rheumatica, sie befallen öfter den Rumpf und konfluieren häufig, wenn sie zahlreicher auftreten. Das Allgemeinbefinden ist permanent, wenn auch selten in hohem Grade gestört, remittierendes Fieber zuweilen, doch nur im Anfange, vorhanden. Dagegen zieht sich die Affektion ähnlich wie der Skorbut sehr in die Länge; nach einer langsamen Rekonvalescenz mit allmählichem Aufhören der Nachschübe von Petechien erweisen unvermutet erscheinende, frische Hautblutungen das Fortglimmen der Krankheit. Solche langdauernde Latenzperioden, welche die Purpura haemorrhagica chronica wie LETZERICH richtig hervorhebt, mit der Syphilis teilt, unterscheiden diese Form der Purpura von allen übrigen, besonders auch vom Skorbut. Die Prognose ist im allgemeinen günstig, doch immer zweifellos wegen der Möglichkeit profuser innerer Blutungen.

Der Skorbut, die am längsten bekannte Peliose, unterscheidet sich von der Purpura haemorrhagica der Typen WERLHOF und LETZERICH vor

allem durch sein epidemisches Auftreten. Alle Fälle von sogenanntem sporadischen Skorbut sind höchst wahrscheinlich der Purpura haemorrhagica chronica zuzurechnen, mit welcher ihm die intialen Mundblutungen und die langsame Steigerung der Symptome gemeinsam sind. Offenbar ist der infektiöse noch unbekannte Keim des Skorbuts in gewöhnlichen Nahrungsmitteln unter Umständen weit verbreitet, und die Krankheit gewinnt daher immer einen epidemischen Charakter. Ein zweites, den Skorbut von allen andern Purpuraformen durchaus unterscheidendes Moment liegt in der specifischen Gingivitis. Dieselbe beginnt, ganz wie die Gingivitis mercurialis, in der unmittelbaren Nachbarschaft der Zähne und ist ebenfalls an das Vorhandensein derselben geknüpft. Wie bei der merkuriellen Stomatitis der toxische Einfluſs des Quecksilbers nur den Boden bereitet, auf welchem das Wachstum bestimmter, zwischen Zahn und Zahnfleisch hausender Organismen üppig gedeihen kann, so arbeiten sich auch beim Skorbut, wie es scheint, die Organismen der Blutbahn und die äuſseren der Mundhöhle entgegen. Die Cyanose des Zahnfleisches, sein jauchiger Zerfall, die schwammigen Wucherungen und der aashafte Gestank sind womöglich noch ärger als bei der merkuriellen Stomatitis, aber durchaus mit dieser vergleichbar. Nie tritt eine solche bei der Purpura haemorrhagica chronica auf, wenn auch konstant Lockerungen des Zahnfleischgewebes, Blutungen in dasselbe und aus demselben dabei vorkommen. Drittens sind sodann die Blutungen beim Skorbut anderer Art. Zunächst sind sie gröſser, groschen- bis handtellergroſs, meist auch tiefsitzend und daher dunkelbraun bis blauschwarz. Sie beginnen weiter meist an den Waden, zu beiden Seiten der Achillessehne und breiten sich leicht zu groſsen Suffusionen aus. Auch spielt die Purpura factitia eine noch viel gröſsere Rolle als bei der Purpura haemorrhagica. Jedes Trauma, jede unschuldige Hautaffektion, wie Akne, ein Furunkel etc., wird der Sitz von Blutungen, jede Entzündung nimmt einen hämorrhagischen Charakter an. Viertens neigt das Hautgewebe der Skorbutischen auſserordentlich zum jauchigen Zerfalle, ebenso wie das Zahnfleisch. Alle Substanzverluste aus sonstigen Ursachen greifen geschwürig um sich und heilen schwer; ebenso oftmals die Hautblutungen. Dazu kommt die erdfahle, trockene, selbst bei interkurrentem Wechselfieber nicht schwitzende Haut des Körpers, die livide, besonders an den unteren Lidern bleifarbene Gesichtshaut, die groſse Muskelschwäche, Prostration und Abmagerung, die Milzschwellung bei unveränderter Leberdämpfung; in der späteren Periode: die teigigen Anschwellungen und nächtlichen Schmerzen in den Gelenken und benachbarten Knochen. Dann erst stellt sich auch — hier durchaus sekundär — Fieber ein. Die Blutungen aus inneren Organen (Niere, Auge) sind seltener als in den schwereren Fällen von chronischer Purpura haemorrhagica, und besonders die Darm-

blutungen treten zurück gegenüber den Blutungen aus Nase und Mund. Charakteristisch ist endlich noch die Umwandlung dieses schweren Krankheitsbildes durch einen bloßen Wechsel der Nahrung, — so sehr, daß hier die Möglichkeit einer besseren Ernährung geradezu — und im Gegensatz zu den übrigen Peliosen — die Prognose beherrscht.

Nach dem Gesagten unterliegt es ebensowenig einem Zweifel, daß sämtliche idiopathischen Purpuraformen gewisse gemeinschaftliche oder verwandte Züge besitzen, als daß bereits die klinische Beobachtung eine Reihe mehr oder weniger scharf gezeichneter Typen aus dieser Gruppe als selbständige Krankheiten abzusondern vermag. Wenn auch hier der ätiologischen Forschung das letzte Wort zu sprechen bleibt, so glaube ich doch, daß die klinische Gruppierung und Charakteristik, wie auch sonst immer, das Feld für jene zu ebnen und ihre Aufgaben zu klären geeignet ist. Deshalb stelle ich schließlich die von mir zur Zeit unterschiedenen, essentiellen Peliosen noch einmal zusammen:

Essentielle Purpuraformen.

Febrile.	*Afebrile.*	
Typus Rayer (Purpura exanthematica).	Purpura simplex.	Akute Peliosen
Typus Reher (Purpura septica).	Typus Werlhof (Purp. haemorrhagica acuta).	
	Typus Rittershain - Klebs (Purp. neonatorum).	
	Typus Schönlein (Peliosis rheumatica).	
	Typus Letzerich (Purpura haemorrhagica chronica).	Chronische Peliosen.
	Skorbut.	

Wir haben bisher die symptomatischen wie die essentiellen Purpuraformen teils vom anatomischen, teils vom klinischen Standpunkt zu ordnen versucht. Es kann noch keine Rede heutzutage davon sein, diese beiden recht lückenhaften Reihen bereits irgendwo zur Deckung zu bringen, also etwa die infektiösen Purpuraformen alle durch Kapillarthrombose, die symptomatischen Blutungen bei Geschwülsten durch ausgedehnte Embolien u. s. f. erklären zu wollen. Da zudem die bisherige Theorie des hämorrhagischen Infarktes für die Blutungen der Haut nicht verwertet werden kann, da die meisten Purpuraformen unter ganz andern Umständen und Bedingungen auftreten, wie die Blutungen des Darms, der Lunge, der serösen Häute etc., so muß die Mechanik der Hauthämorrhagien ganz von neuem und ganz für sich besonders experimentell studiert werden.

Der erste Schritt hierzu von Seite der Histopathologie wäre mit der sicheren Unterscheidung der Rhexis und Diapedese gegeben, und auch hier sind wir noch weit zurück. Die im großen und ganzen sicher rich-

tige Anschauung, dafs es sich bei den symptomatischen und essentiellen Peliosen der Hauptsache nach um diapedetische Vorgänge und nicht um wahre Blutergiefsungen handelt, erleidet gewifs dieselbe Einschränkung, die wir für die mit Rhexis einhergehenden Prozesse gemacht haben. Sei die Diapedese durch Bakterienthromben oder durch einfache Stauung oder sonstwie hervorgerufen, selbstverständlich werden Traumata, wie Zerrung und Druck der Haut unter diesen Umständen auch wahre Zerreifsungen der Kapillaren und kleineren Hautvenen weit leichter als in der Norm hervorrufen können. Darauf deutet schon die bei der chronischen Purpura haemorrhagica und dem Skorbut mehr hervortretende Erscheinung der Purpura factitia hin. Dieselbe erinnert an die Blutungstendenz der Hämophilie, welche wir bei der Rhexis besprochen. Aber sie erinnert auch blofs daran. Denn es besteht der grundsätzliche Unterschied, dafs für hämophile Blutgefäfse das Trauma der wesentliche, die Blutung beherrschende Faktor ist, für die an Purpura erkrankten Gefäfse ein unwesentlicher und zufälliger; dort ist der physiologische Bau der Gefäfse bleibend alteriert, hier besteht ein neugeschaffenes Cirkulationshindernis, welches auf einer bestimmten Höhe der Entwickelung auch ohne weiteres zur Blutung führt. Die Hämorrhagia factitia der Hämophilen ist mit der Purpura factitia also keineswegs auf eine Stufe zu stellen. Es frägt sich nur, ob wir in Wirklichkeit stets imstande sind, im histologischen Bilde Ekchymose und Petechie, Blutergufs und Blutfiltrat auseinander zu halten. Gibt uns nun das Resultat der Blutung, das fertige histologische Bild auf die Hauptfrage: Rhexis oder Diapedesis eine genügende Antwort?

Wo wir innerhalb der Hämorrhagie blutleere, durch fibrinöse oder hyaline oder andersartige Thromben erweiterte Gefäfse bemerken, wo sich auffallende Veränderungen des Kapillarendothels finden lassen, da ist allerdings ein Zweifel nicht möglich; dieses sind aber bis jetzt auch die einzigen Fälle, welche ohne weiteres für Diapedese in Anspruch genommen werden können. Die einfache, eventuell enorm weit getriebene Erweiterung der Kapillaren, ebenso wie ihre Verengerung bis zu völligem Verschlusse, kann sowohl bei Rhexis wie bei Diapedesis sich finden, letztere durch das bereits ausgetretene Blut erzeugt.

Die Diapedese verläuft langsam, die Rhexis rasch, die erstere zugleich an vielen, die letztere an einzelnen Punkten anhebend; man sollte also denken bei ersterer eine mehr diffuse Verteilung der Blutkörperchen, bei letzterer eine mehr kompakte und isolierte Blutmasse zu finden; dort im Beginn eine mantelartige Einscheidung vieler Gefäfse mit Blut, hier eine umschriebene Zerreifsung und kugelige Auftreibung des Gewebes. Aber die Befunde entsprechen diesen theoretischen Postulaten sehr wenig, und das ist auch unschwer zu erklären. Einerseits erlaubt die straffe Faserung der Haut nicht leicht die Bildung einer Blutlache. Das Blut

wird auch bei der Rhexis den kollagenen Schichten und Faserzügen entlang sich ausdehnen und durch jede Bewegung der Haut mehr in dieser Richtung der Spalten verteilt werden. Dabei wird es natürlich auch gerade an den Blutgefäfsen entlang in den dieselben umscheidenden gröfseren Lymphspalten fortgeschoben, also eine ähnliche Lage annehmen, wie sie den diapedetischen Blutungen von vornherein zukommt. Genug, die Struktur und Spannung der Haut verähnlicht die Blutungen, sie mögen auf die verschiedenste Weise entstanden sein. Zu diesem tritt noch ein zweiter erschwerender Umstand, den wir durch E. WAGNERS Untersuchungen kennen gelernt haben und den ich nach eigenen durchweg bestätigen kann.

WAGNER[20] fand nämlich bei notorisch durch Quetschung rapid entstandenen Hautblutungen frische Blutcoagula mehrfach so in die Oberhaut eingebettet, dafs ihr Zusammenhang mit den geborstenen Kapillaren des Papillarkörpers nirgends nachweisbar, auch nicht einmal durch versprengte Blutkörperchen angedeutet war. Das Blutgerinnsel liegt genauer unterhalb der basalen Hornschicht und ist von einem Mantel aufgehellter und zusammengeprefster, aber noch deutlich kernhaltiger Stachelzellen umgeben. Auf Schnitten, die das Centrum der Blutung treffen, ist es von der Cutis durch eine anscheinend ganz normale Stachelschicht getrennt. Offenbar hat also unter dem die Rhexis erzeugenden Drucke die weiche Stachelschicht nachgegeben, die Masse höchst elastischer Blutkörperchen durchschlüpfen lassen und sich sofort hinter denselben wieder vereinigt. Wenn auf diesem langen Wege die Spur einer sicher per rhexin entstandenen Blutung verwischt werden kann, so mufs es ungemein schwer sein, auch bei allen sonst vorhandenen Zeichen von Diapedese eine interkurrente, traumatische Rhexis ganz auszuschliefsen.

Wir sind also vorderhand darauf angewiesen, unter Verzicht auf eine selbständige histologische Beurteilung der Hautblutung, jedesmal den betreffenden Befund mit der klinischen Erscheinungsweise zu vergleichen. Auf diese Weise vorgehend, werden wir vielleicht doch noch einmal entscheidende Kriterien für Diapedese oder Rhexis in der Haut gewinnen. In dieser Beziehung möchte ich besonders jetzt schon hinweisen auf den gröfseren Fibringehalt jeder durch Rhexis entstandenen Blutkörperchenanhäufung.

Wie auch nun die Blutung zu stande komme, die dem Blutgefäfssystem entnommenen Blutkörperchen bleiben in den Lymphwegen der Haut zunächst liegen und zwar ohne jede Beschränkung des Orts von den grofsen, wahren Lymphgefäfsen der Cutis und den abzugslosen

[20] E. WAGNER. Die Epithelialblutungen. *Arch. der Heilk.* 1868. pag. 497; 1869. pag. 337.

Lymphseen des Hypoderms bis zu den letzten Lymphspalten des Epithels unterhalb der basalen Hornschicht und den interspinalen Epithellücken der Knäueldrüsen.

Epithelblutungen finden sich einerseits bei Quetschungen und sonstigen oberflächlichen Verwundungen der normalen Epidermis, anderseits als sekundäre Umwandlung unblutiger Epitheldegenerationen, besonders von Bläschen und Blasen, aber auch von Warzen, Hauthörnern etc. Die ersteren habe ich schon soeben erwähnt, als Typus der letzteren kann die hämorrhagische Pocke dienen, deren erste genaue Beschreibung wir ebenfalls Wagner verdanken. Das scheinbar unvermittelte Auftreten der Blutcoagula inmitten der Oberhaut ist den meisten dieser Fälle gemeinsam und kann dem Untersucher zunächst die Blutnatur derselben sogar zweifelhaft machen. Ist seit der Blutung längere Zeit vergangen, so kann übrigens jedes Coagulum, welches ursprünglich zwischen Cutis und Epidermis saſs, von letzterer umwachsen und allmählich bei deren Verhornung vollständig exfoliiert, geboren werden. Dieselben bilden dann längere Zeit dunkelrote Höckerchen an der Haut. Zwar nicht vom Hautepithel aber doch von der nahestehenden Epidermis des Oesophagus hat Wagner aus dem oberen Teil der mittleren Schicht blutkörperchenhaltige groſse Epithelien bei an Skorbut Verstorbenen beschrieben. Auch hier mögen die Bisse als äuſseres Trauma mit in Betracht kommen. Daſs Blutkörperchen in die Kernhöhle dieser groſsen Epithelien von besonderer Dehnbarkeit hineingelangen, fällt uns heute nicht mehr so auf, wie seinerzeit Wagner.

Ein zweiter Lieblingsplatz der Hautblutungen findet sich in dem Papillarkörper und zwar in den Papillen und um das obere Gefäſsnetz der Cutis. Hier sind wieder die Gefäſskränze um gröſsere Haarbälge von manchen Formen der Purpura bevorzugt; eine Zeitlang galten diese perifollikulären Blutungen sogar als charakteristisch für Skorbut, jedoch mit Unrecht. Immerhin liefert die Komplikation dieser oberflächlichen perifollikulären Petechien mit der so häufigen Hyperkeratosis pilaris der Unterextremitäten ein klinisch eigenartiges Bild.

Bei weitem die meisten Hautblutungen finden sich aber in der Umgebung des tiefen Hautgefäſsnetzes, zwischen Cutis und Subcutis. Sie umgeben die gröſseren hier verlaufenden Gefäſse mantelartig und drücken bei stärkerer Ansammlung die Venen zusammen. Bevorzugt ist die unmittelbare Umgebung der Follikel und Knäueldrüsen.

Selten tritt das Blut durch die äuſserlich unverletzte Oberhaut nach auſsen. Es kann sich dabei um eine Blutung durch die unterwühlte Oberhaut der Oberfläche handeln oder um Blutungen in das Lumen der Knäueldrüsen, welche dann per viam naturalem, d. h. als blutiger Schweiſs entleert werden. Der erstere Fall findet bei gröſseren Blutbeulen statt,

bei länger bestehenden Hämatomen der Vulva, ausgedehnter Suffusion der Skorbutiker und Purparakranken. Das Hautbluten der Hämophilen und Hysterischen dagegen scheint zumeist als wirkliches Blutschwitzen, als Hämatidrose, gedeutet werden zu müssen. Bekannt ist durch VIRCHOWS Wiedergabe der Fall von REDMAN COXE, wo bei einem 9 Monate alten Mädchen aus einer Bluterfamilie das Blut ohne Verletzung an der Haut der Finger- und Zehenspitzen, des Bauches, der Schultern und des Hinterkopfes aus feinen Löchern hervorquoll. A. v. FRANQUE[21] zieht aus einem von ihm genau beobachteten und analogen Fällen über die hysterische Hämatidrose folgende Schlüsse: Sie kommt hauptsächlich bei nervös belasteten Frauen vor, die an irgend welchen Krampfformen leiden; den Blutungen gehen an den betreffenden Hautpartien heftige Schmerzen und das Gefühl von Spannung vorher, die mit eintretender Blutung verschwinden; sie treten besonders häufig an der Stirn, Brust, den Achselhöhlen und den Händen auf; in den Fällen von BOERHAVE, HUSS und v. FRANQUE waren sie genau halbseitig; ihre Dauer und Rückfälle sind ganz unregelmäſsig und nicht an die Menstruation gebunden.

Das ergossene Blut bedingt mit der Zeit an der Haut eine Reihe von Farbenveränderungen, die man seit altersher mit den Regenbogenfarben verglichen hat. In Wirklichkeit ist diese Benennung, obwohl eine unbewuſste Anerkennung der GOETHEschen Farbenlehre, natürlich vollständig verfehlt. Alle diese Farbennüancen (rot, gelb, braun, grün, blau, blaurot) haben mit den 7 Spektralfarben nichts gemein, sondern entstehen durch die mehr oder weniger starke Überlagerung verschieden dicker, teils gelbroter, teils gelbbrauner Massen mit an und für sich farblosen, stärker brechenden Medien. Eine frische Blutung, welche dicht unter der Oberfläche sitzt, sieht immer dunkel blutrot aus, so die Blutungen des Epithels und des Papillarkörpers. Es ist auch natürlich vollkommen gleichgültig, aus welchem Gefäſsabschnitt das Blut stammt; denn das Hämoglobin der extravasierten Blutkörperchen ist innerhalb des Gewebes überall maximal und gleich sauerstoffarm. Es hält sich diese Farbe aber nur dort, wo die Blutkörperchen, fest gepackt, keiner Durchspülung mit Gewebssaft, sondern der Eintrocknung, wie innerhalb des verhornten Epithels unterliegen. Die kleinen Hämatome der Hornschicht können daher durch den Bestand der roten Farbe Angiome vortäuschen.

Die Petechien und Ekchymosen des Papillarkörpers und der oberen Cutis dagegen umgeben sich alsbald mit einer nach auſsen verwaschenen Grenzzone von dem gelben Teint des verdünnten Hämoglobins, wodurch sich die Dissociation dieses Farbstoffs vom Stroma der Blutkörperchen

[21] A. v. FRANQUE. Blutungen aus den Schweiſsdrüsen. *Würzburger med. Zeitschrift.* Bd. IV. pag. 73.

anzeigt. Allmählich schmilzt das blutrote Centrum immer mehr ein, und nach einigen Tagen oder Wochen findet man nur noch einen schwach gelblichen Fleck, welcher je nach der Menge des gebildeten Blutpigments mehr oder weniger ins bräunliche spielt.

„Regenbogenfarben“ treten nur bei tiefersitzenden oder tiefer hinabreichenden Blutungen ein. Je umfangreicher und dichter die Blutung ist, je dunkler rot sie sich also auf dem Schnitte präsentiert, ein desto tieferes Blau erscheint nach dem Goethe-Brückeschen Gesetz durch das „trübe Medium“ der überlagernden Hautschichten auf der Oberfläche. Grofse Blutknoten, die zugleich nahe bis an die Oberfläche reichen, zeigen eine blauviolette und selbst eine blauschwarze Farbe; wo die Reflexion über die Absorption der Lichtstrahlen überwiegt, bei tiefer sitzenden kleinen Blutungen, erscheint je nach der Dicke der überlagernden Schicht, ein mattes Graublau bis Grauviolett.

Tritt bei diesen kutanen und subkutanen Hämorrhagien die Dissociation des Hämoglobins vom Stroma ein, so umgeben auch sie sich mit einer verwaschenen gelblichen Zone. Durch diese schimmert aber nun das Blau der tiefen Schnitte grün hindurch; daher das vorübergehende Grün bei der Resorption der meisten Blutbeulen. Es verschwindet mit der Dissociation und Resorption der Blutkörperchen in den tieferen Lagen der Haut, um einer einfach gelben und schliefslich bräunlichen Farbe Platz zu machen. Wo die Blutung gleichmäfsig in der Fläche ausgebreitet ist, wie z. B. an den Augenlidern, der Vorhaut, da verfärbt sich die Haut in einheitlicher Weise vom Blaurot durch Grün und Gelb zum Bräunlichgelb. Wo dagegen eine rundliche Hämorrhagie in der Tiefe der Haut sitzt, da hat man eine kokardenartige Verfärbung derselben zu gewärtigen: im Centrum durch Blau, Grün, Gelb zum Braun, an der Peripherie durch Gelb zum Bräunlichgelb.

Wie man sieht, erklären sich die bunten Farben bei der Resorption von Blutergüssen in die Haut sehr einfach durch die verschiedene Lage und Dichtigkeit des Hämoglobins einerseits und des schliefslich daraus abgespaltenen gelbbraunen Blutpigments anderseits. Mit dem letzteren werden wir uns bei Besprechung der Pigmenterkrankungen der Haut eingehender zu beschäftigen haben.

Versammlungen.

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

(Nach *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.*)

21. Sitzung.

M. Thibierge stellt einen Fall von **Sklerodermie mit Muskelkontrakturen** vor. 17jähriges Mädchen, seit 4 Jahren erkrankt. Die Gesichtshaut ist verdickt, derber, nicht abhebbar und bräunlich pigmentiert; aufserdem ist das Gesicht kongestioniert. Vorn am Halse und am Thorax ist die Haut gerötet, hat das Ansehen einer Narbenhaut, stellenweise pigmentarm und derb. An den Aufsenseiten der Arme grofse Plaques von Sklerodermie, ebenso auf den Hand- und Fingerrücken. Die Kranke klagt über Muskelschmerzen; die Beugung der Vorderarme ist nicht vollkommen frei; die Biceps sind zu fühlen als harte, sklerotische Stränge; Pronation und Supination behindert; Seitwärtsbewegungen des Kopfes durch Ergriffensein des Sterno-Cleido behindert. — Th. meint, dafs die mannigfaltigen, tiefergehenden Störungen den Begriff eines einfachen Hautleidens überschreiten.

Fournier macht auf die feine Abschuppung und Röte der Flecke aufmerksam, die zum wenigsten für Sklerodermie ungewöhnlich sind. — Lailler will den Namen Sklerodermie, als den komplizierten Symptomenkomplex nicht begreifend, nicht gelten lassen.

Quinquaud glaubt, dafs in der Gruppe „Sklerodermie“ verschiedene Varietäten vorkommen; Fälle wie der vorliegende mögen wohl unter dem Einflufs unbekannter nervöser Störungen stehen.

Lichen planus „à forme végétante et cornée“. Der Fall zeichnet sich durch enorme Gröfse der Papeln am linken Unterschenkel aus; fast einen Centimeter über das Niveau der Haut erhaben und mehrere Centimeter im Durchmesser. — Besnier macht darauf aufmerksam, dafs einige Papeln eine Form zeigen, die dem Lichen obtusus Unna entspricht. — Hallopeau möchte die Bezeichnung Lichen planus einfach durch Lichen, oder Lichen de Wilson, oder maladie d'Erasmus Wilson ersetzen.

Thibierge stellt einen Fall von **Dermatitis herpetiformis** Duhring vor. Es handelt sich um eine 77jährige Frau, die schon vor 50 Jahren, später häufig recidivierende Hautaffektionen hatte, die nach ihrer Beschreibung sicher Urticaria waren. Seit 2 Jahren Jucken an verschiedenen Stellen; seit 5 Monaten eine grofse juckende Stelle in der Nabelgegend, wahrscheinlich durch eine drückende Bandage veranlafst. Am 30. Mai 1889 ist der Status folgender: Die Affektion betrifft fast den ganzen Körper, mit Ausnahme des Kopfes; besonders stark die Arme. Man sieht kleinere und gröfsere Krusten, Abhebungen der Epidermis, Blasen mit gelber Flüssigkeit, nicht prall gespannt, mit rotem Hof umgeben, alles sich auf gröfseren, rötlichen Flecken erhebend. Jucken und Stechen. Das Allgemeinbefinden nicht schwer gestört. Es besteht Schlaflosigkeit. — In den folgenden Tagen nimmt die Krankheit zu; mehr Blasen, Schwellung auf dem Rücken und den Händen. Mitte Juni fingen die Erscheinungen an zurückzugehen; im August war der Zustand bedeutend besser, aber es stellten sich immer noch Nachschübe ein.

Aus dem ganzen Symptomenkomplex glaubt Th. zu der Diagnose Dermatitis herpetiformis Duhring berechtigt zu sein. Er schlägt aber die von Brocq eingeführte, allerdings zu lange Bezeichnung vor: Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à pousées successives.

Quinquaud will die Bezeichnung Dermatitis für den vorgestellten Fall, als nicht zutreffend, nicht gelten lassen. Übrigens seien diese Fälle klinisch durchaus bekannt und von Bazin gut beschrieben. Es entspinnt sich noch eine Debatte über die Berechtigung der Bezeichnung Dermatitis zwischen Quinquaud und Hallopeau.

Hallopeau stellt eine **Dermatitis bullosa** vor. Bei dem 65jährigen, durchaus gesunden Patienten hat sich die Affektion vor 18 Tagen zuerst auf dem Rücken gezeigt, hat den Stamm überzogen und bedeckt jetzt fast die ganze Körperoberfläche. Sie besteht aus erythematösen Flecken, die zum Teil mit Bläschen, zum Teil mit mehr oder minder groſsen Blasen bedeckt sind; die Gröſse variiert zwischen Hanfkorn- und Hühnereigröſse. Der Inhalt ist serös, schleimig, leicht eiterig, stellenweise sanguinolent. Die Plaques stehen auf Hautinfiltraten, die teilweise sich bis zum Ödem steigern. Zum Teil trocknet der Inhalt der Blasen zu wenig fest haftenden Krusten, zum Teil stöſst sich die Hornschicht ab, und die Epidermis liegt rot und nässend frei. Abends leichte Temperatursteigerungen. Gar kein Jucken und Brennen, auſser bei Berührungen der der Hornschicht beraubten Stellen.

Hallopeau glaubt, Duhring werde diesen Fall für seine Krankheitsgruppe reklamieren. [Ich glaube, daſs H. sich darin täuscht. Referent.] Fournier meint, die Affektion gleiche einem Arzneiexanthem (Kubeben). Der Kranke hat aber nichts eingenommen. —

Die Prognose in diesen Fällen sei dubia. —

Legroux stellt mehrere Fälle aus dem Hospital Trousseau vor.

1. Ein 13jähriges Mädchen mit einem **kleinpapulo-squamösem Syphilid** und **Ulcus durum an dem lab. min. sin.** Das Aussehen des Exanthems lieſse auch an Lichen pilaris und Lichen scrophulosorum denken.

2. 11jähriger Knabe, der sich durch dreimonatliches geschlechtliches Zusammenleben mit einem 7jährigen syphilitischen Mädchen infiziert hat! Auſserdem bietet dieser Knabe noch **kongenitale Amputationen**: Vollständige Amputation der ersten beiden Finger der linken Hand im Niveau der Artikulation zwischen erster und zweiter Phalanx.

Am rechten Oberschenkel, 10 cm oberhalb des Knies, eine periphere Abschnürung, nicht tief, aber cirkulär um den Oberschenkel gehend; einen Centimeter breit ist hier die Haut verdünnt bis auf einen feinen Streifen. Der Umfang des Gliedes ist bedeutend vermindert.

Am linken Fuſs ist die vierte Zehe durch eine Schnürfurche in 2 Teile geteilt. Auſserdem besteht Syndaktylie zwischen der ersten und zweiten Zehe.

Legroux denkt an kongenitales Aïnhum.

3. **Hereditäre Knochensyphilis** bei einem 7jährigen Mädchen; Veränderungen der Tibia, an der sich recidivierende Osteo-Periostitiden zeigen.

Fournier stellt einen **harten Schanker der Unterlippe** bei einem 29jährigen Mädchen vor, der das Besondere bietet, daſs die infizierte Drüse in der Medianlinie am Unterkiefer liegt und daſs dieselbe vereitert ist. F. meint, daſs die ungewöhnliche Vereiterung vielleicht durch sekundäre Infektion aus der Mundhöhle veranlaſst sei.

Feulard: **Lupus erythematosus der Oberlippe. Lungentuberkulose.** Die

Affektion sitzt an der Schleimhaut der Oberlippe; bei geschlossenem Munde sieht man nichts; man denkt zunächst an eine luetische Affektion, bei näherer Untersuchung sieht man aber, dafs es sich nicht um Ulcerationen, sondern um Infiltrationen handelt. — Im Sputum sind Tuberkelbacillen nachgewiesen.

Hallopeau will die Diagnose Lupus nicht gelten lassen. Es handle sich um Tuberculosis buccalis.

Besnier besteht auf der Diagnose, da Schwellung, Rötung und die glänzenden Schüppchen vorhanden seien. — Fournier hat auch nichts dagegen einzuwenden.

Hallopeau besteht auf seiner Ansicht, da für ihn die tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus fraglich ist.

Bourges stellt einen **harten, phagedenischen Schanker** vor bei einem 29jährigen Manne. — Fournier macht auf die Seltenheiten der specifischen, phagedenischen Schanker aufmerksam. *v. Düring-Konstantinopel.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie der Haut.

Die Epitrichialschicht der menschlichen Epidermis, von S. Bowen, Boston. (*Anatom. Anzeiger*. 1889. No. 13 u. 14.) Welcker hat bekanntlich zuerst bei einem Embryo eines Faultieres eine besondere Membran beschrieben, unter welcher die Haare sich entwickelten, und gab ihr den Namen Epitrichium. Eine ähnliche gesonderte Schicht liefs sich auch bei einigen anderen Mammalien auffinden, während bei anderen, inklusive dem menschlichen Fötus, eine Lage von histologisch von den darunterliegenden differenzierbaren Zellen, welche zwar nicht eine besonders trennbare Schicht bilden, die äufserste Lage des Ektoderms bilden. Dieser Zelllage gab Welcker den Namen Epitrichialschicht als Homologon des Epitrichiums. Diese Beobachtungen Welckers sind beinahe vergessen und finden in den Lehrbüchern kaum Erwähnung, weswegen Bowen unter Minots Leitung eine Wiederholung diesbezüglicher Untersuchungen vornahm. Der jüngste menschliche Fötus war 8 Wochen alt und zeigte ein an den meisten Stellen aus zwei Zelllagen bestehendes Ektoderm, einer inneren aus Cylinderzellen und einer äufseren aus gröfseren, polygonalen und rundlichen Zellen sich zusammensetzenden Lage. Bei Embryonen von 2—3 Monaten ist das Ektoderm mehrschichtig. Die Aufsenschicht besteht aus grofsen polygonalen Zellen, wovon viele wie aufgebläht, abgerundet oder wie gebuckelt aussehen. Sie sind granuliert mit grofsem Kern und haben im Mittel einen Durchmesser von 20 μ, ihre Kerne 8 μ, während die unter ihnen befindlichen Zellen 15 μ, deren Kerne 4 μ haben. Diese besondere Aufsenschicht betrachtet Verf. als die umgewandelte Aufsenschicht der anfangs vorhandenen Doppelschicht der Epidermis, indem er hierin von Kölliker abweicht, welcher der Meinung zu sein scheint, dafs die Aufsenschicht der früheren Periode degeneriert und allmählich abblättert.

Bei 3—4monatlichen Embryonen zeigt die Haut, besonders an Hohlhand und Fufssohle, eine Aufsenschicht, welche aus 2 oder 3 Lagen von sehr unregelmäfsig gestalteten Zellen besteht, die sich intensiv färben, zum Teil einen grofsen Kern enthalten, zum Teil anscheinend leer sind und versehen mit dicker, glänzender Wand. Dieses sind Zanders Blasenzellen. Bei Embryonen, älter als 4 Monate, ist die aus grofsen Zellen bestehende nur stellenweise zu sehen, einige Blasenzellen sind noch vorhanden. Gegen Ende des 7. Monats ist diese Lage überall, mit Ausnahme der Nägel, verschwunden. — Am schönsten sieht man die Blasenzellen auf der Epidermisschicht

des Nabelstranges, wo die Entwickelung der Epidermis etwas später als an der allgemeinen Hautdecke eintritt (MINOT). In dieser Region besteht die Epidermis am Ende des dritten Monats aus zwei Schichten von Zellen, wovon die äufsere Schicht die geschwollenen Blasenzellen zeigt. Am Ende des 4. Monats ist die Schicht der Blasenzellen vollständig entwickelt und zusammenhängend. Ende des 7. Monats sind diese Zellen nicht mehr zu finden.

Nach einer Diskussion über das Verhältnis des Eponychiums (UNNA) zu dieser Frage kommt Verf. zu folgenden Konklusionen:

1. Die äufsersten Epidermiszellen von jungen Embryonen bilden eine histologisch unterscheidbare Schicht.

2. Diese Schicht verschwindet um den 6. Monat an den meisten Körperteilen.

3. An bestimmten Stellen, wie am Nagel, verhornt diese Schicht und bildet einen Teil des Stratum corneum.

4. Es gibt genügende Gründe für die Annahme, dafs diese Schicht dem Epitrichium der Tiere homolog ist.

5. Der Nagel ist ein modifizierter Teil des Stratum lucidum und wird frei durch die Abstofsung der Epitrichialschicht. *Pollitzer-Hamburg.*

Prof. HOYER in Warschau empfiehlt zum **Studium der „direkten" Kernteilung** Zupfpräparate von Rhabdonema nigrovenosum. HOYER fand in den Epithelzellen des Darmkanals, die nach KULTZITZKYS Methode behandelt waren, neben Kern und Kernkörperchen auch Kerne mit zwei Kernkörperchen, Kerne von ovaler und Biskuitform, weiter Zellen mit getrennten Kernen und entsprechenden Nucleolis, ferner Zellen mit 3—4 Kernen, endlich auch grofse Kerne mit mehreren kleinen Kernkörperchen neben einem grofsen. Dem Anscheine nach haben wir es hier mit einem prägnanten Beispiel direkter Kernteilung zu thun. Verf. stellt den sich für diese Erscheinung interessierenden Forschern sein Material zur Verfügung. (*Anatom. Anzeiger.* 1890. No. 1.) *Leistikow-Hamburg.*

Untersuchungen über Schleimhautverhornung (Pachydermia mucosae), von Dr. C. POSNER. Aus dem Laboratorium der Dr. LASSARschen Klinik. (*Virchows Archiv.* Bd. 118.) Das Resultat der Untersuchungen POSNERS läfst sich dahin zusammenfassen, dafs sowohl cylindro-epitheliale Schleimhäute ektodermalen Ursprungs, wie auch Gewebe zweifellos ento- bezw. mesodermaler Herkunft in gleicher Weise zu Hornproduktion geeignet sein, sich völlig epidermisieren können. Die Lehre von der Specifität der Keimblätter bildet doch kein ausnahmsloses biologisches Grundprinzip. Sie stellt sich dar als Ausdruck einer durch Millionen von Generationen überkommenen Vererbung. *L. Hoffmann-Berlin.*

Mikroskopische Technik.

Weiteres über die Entfärbung osmierten Fettes in Terpentin und anderen Substanzen, von W. FLEMMING. (*Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie.* Bd. 6. 1889. pag. 178.) Im Anschlufs an eine frühere Mitteilung (a. a. O. pag. 39) macht FLEMMING einige weitere diesbezügliche Versuche: „Osmiertes Fett löst sich sowohl in Terpentinöl als in Xylol, und zwar nicht blofs nach Vorbehandlung mit Chromessigosmiumsäure, sondern auch nach solcher mit reiner Osmiumsäure und Alkoholnachhärtung. Die Löslichkeit ist aber bei Präparaten letzterer Art geringer als bei Chromessigosmiumobjekten, und scheint durch längeres Verweilen in Alkohol noch vermindert zu werden." Das osmierte Fett löst sich ferner in Äther und ebenso

in Kreosot (P. MAYER). Es löst sich weiter in Xylol, rascher im Brutofen bei 50°, in Terpentin-Xylol-Canadabalsam und in Terpentin-Chloroform-Damaraharz (langsamer und nur in geringem Grade unter dem Deckglase). In Xylol-Canada, in Nelkenöl, sowie in Chloroform löst es sich nicht. Für Paraffineinbettung ist jedoch Xylol zu verwenden und statt dessen Nelkenöl oder Chloroform anzuwenden.

[Ref. möchte mit Rücksicht auf einige Versuche über Entfettung von menschlicher Haut darauf hinweisen, dafs jene Experimente noch für andere Gewebe zu wiederholen sein dürften. Er fand nämlich, dafs das Fett im Epithel von Knäueldrüsen, sowie dasjenige im Epithel der Epidermis, wo es unter pathologischen Verhältnissen vorkommt, nach 48stündiger Behandlung mit reiner Überosmiumsäure, 12stündigem Auswaschen in fließendem Wasser und kurzer Nachhärtung in Alkohol sich nicht, selbst nach 24stündigem Verweilen in reinem Terpentinöl (besonnt) entfärbte. Das Myelin war in denselben Schnitten etwas blasser geworden, aber noch deutlich geschwärzt. Dagegen war das subkutane Fett vollkommen verschwunden.]

Pollitzer-Hamburg.

Physiologisches.

Das Gewebswachstum bei Störungen der Innervation, von S. SAMUEL (*Virchows Archiv f. pathologische Anatomie etc.* 1888. Bd. 113.) S. gibt vorerst einen kurzen Abrifs seiner früheren, für sein gegenwärtiges Problem einleitenden Studien, nämlich: „die histogenetische Energie und Symmetrie des Gewebswachstums" und „das Gewebswachstum bei Störungen der Blutcirkulation". Als Untersuchungsobjekte dienten die grofsen Flügelfedern der Taube. Die Resultate sind folgende:

Eine in ihrer Papille zerstörte Feder bleit lebenslang zerstört. Die grofsen Federn wachsen prompter als die kleinen. Zur Histogenese bedarf es also aufser der Integrität noch einer gewissen histogenetischen Energie der Papillen. Die histogenetische Energie ist in verschiedenen Federn verschieden und unabhängig von der Länge der Federn. (Die grofsen Schwungfedern wachsen z. B. an einzelnen Tagen um 1 cm, im ganzen in 7 Wochen, die Dunen brauchen zu ihrem bisweilen nur 2 cm betragenden Wachstums 3—4 Wochen). Für jede Neubildung wird eine Spezialmatrix gebildet. Von der immanenten Energie des Muttergewebes hängt Quale et Quantum der Zellproliferation ab. Formbildend fällt daneben der Kampf um Raum ein. Die Formation wird im grofsen vor jeder Funktionierung festgestellt. Einzelne Gewebsabschnitte werden nun durch Gebrauch stärker, andere durch Nichtgebrauch schwächer in Anspruch genommen. Ehe jedoch der trophische Reiz der Funktion sich geltend machen kann, mufs das Gewebe durch die histogenetische Energie erst funktionsfähig aufgebaut sein. Jede Gewebsproliferation führt anfangs sekundär Gefäfsproliferation mit sich. Nach Vollendung des Wachstums involvieren sich die Blutgefäfse in den gefäfslosen Geweben vollständig, in den gefäfshaltigen teilweise Auch Nerven sprossen in die Pulpa hinein, welche mit Involution der letzteren sich rückbilden. Die histogenetische Energie ist von der Gesamternährung abhängig. Der Wachstumsstoffwechsel ist (bei Veränderungen der Lokalernährung) viel empfindlicher als der Ernährungsstoffwechsel. Die Atrophie nach Störungen der Blutcirkulation nimmt je länger (nach denselben) desto mehr ab.

Wachstum erzeugt stets Kongestion. Kongestion nie Wachstum. Die histogenetische Energie ist nur durch Ausreifsen der alten reifen Feder oder der unfertigen Federn zu entfesseln. Im normalen Körper kann eine bedeutende Erhöhung des Gewebswachstums ohne Schädigung des Gesamtorganismus stattfinden. Die Einzelfeder erreicht ihre typische Länge gleichviel ob sie allein oder ob sie mit 20 ge-

meinsam sich regeneriert. Ein Kampf der Gewebe um die Nahrung findet im zureichend ernährten Organismus nicht statt. Zwischen den Federn herrscht vollkommen bilaterale Symmetrie; die korrespondierenden Papillen müssen demnach die gleiche histogenetische Energie besitzen. Doch lassen Affektionen der einen Seite die andere unberührt, und die einseitige Anfachung der Energie auf der einen Seite erhöht die der andern Seite nicht. Die Blutcirkulation hingegen ist ein wichtiger Faktor bilateraler Symmetrie. Reflektorische Nerveneinflüsse sind dabei unabweisbar. (Störung, Ischämie, Anämie ruft eine wenn auch weit geringere Atrophie der unversehrten Seite hervor.)

Zum Zwecke des Studiums des Gewebswachstums bei Störungen der Innervation wurde der Plexus axillaris durchschnitten und die peripherischen Nervensubstanzen so weit als möglich abgetragen. Auf der gelähmten Seite war viele Wochen hindurch eine deutliche Injektion (bemerkbar an der Ausbruchsstelle der Feder an der Haut) sichtbar. Temperaturschwankungen unbedeutend. Ernährungsstörungen an angesiegelten Flügeln nicht nachweisbar, selbst die schwächsten Ödeme nicht. Die regenerierenden Federn sind deutlich kürzer als ihre „Vorfedern", auch auf der gesunden Seite, jedoch bei letzteren in weit geringerem Grade. Das Wachstumsdefizit gegenüber dem präsumptiven Wachstum (bei unverletztem Plexus) ist noch beträchtlicher. Auf der gelähmten Seite erfolgt der Federausbruch wie bei gesunden Tieren ganz regelmäſsig genau am achten Tage, im Gegensatze zur Ischämie nach Unterbindung der Arteria axillaris, bei welcher dies erst nach 2—3 Wochen geschieht. Die Wachstumsgröſse von Tag zu Tag ist gleich von Anfang an geringer; es dauert ferner meist eine Woche, bis sich zwischen gesunder und gelähmter Seite ein erkennbarer Unterschied herausstellt. Die Injektionslänge der Federpulpa bleibt auf der unverletzten Seite um 0,2, auf der gelähmten 0,5 cm zurück. Dabei ist die Injektionsstärke der Pulpa auch geringer, was um so auffallender ist, als die Blutgefäſse der Haut der gelähmten Seite eine unverkennbare Injektion erkennen lassen. Auf der paralytischen Seite ist die Federfahne zusammengerollt und steckt ihrer ganzen Länge nach in einer Scheide. Nach Sprengung der Federscheide sieht man nach Entfaltung der Fahne in derselben vielfache Lücken und Defekte. Die Federform kommt auch bei der Ischämie vor. Wird jedoch bei letzterer die Operation spät ausgeführt, dann folgt völlige Unterbrechung mit Abortivbildung der Feder, während bei Neuroparalyse die Regeneration ihren Fortgang nimmt. Wird der Plexus axillaris beiderseits durchschnitten, so tritt fast der doppelte Effekt der einseitigen Lähmung für jede Seite ein. Auch der Ausbruch der Federn ist hier von vornherein unregelmäſsiger. Die Gesamtanlage der Feder nach ein- oder beiderseitiger Operation ist feiner als vordem und viel feiner als sie präsumptiv sein soll.

Quetschungen des Plexus haben kein wesentlich abweichendes, meist sogar ein wegen der raschen Regeneration unvollständigeres Resultat.

Bei den späteren Regenerationen (nach erneutem Ausziehen der Federn) wird, vorausgesetzt, daſs der Plexus nicht regenerierte, je länger, desto mehr das Wachstum unregelmäſsig im Hervorbrechen, im Weiterwachsen, in der definitiven Ausbildung der Federn. Zu voller Federlosigkeit der Schwungfedern kommt es aber nicht. Spontaner Federausfall findet nicht statt. „Der bleibende Innervationsdefekt bringt einen progressiven Wachstumsdefekt zu wege." Auf der gesunden Seite leidet bei späteren Regenerationen die histogenetische Energie garnicht; — auch nicht mehr sympathisch. Der Musculus pectoralis major atrophiert und verfettet, die Knochen werden porös und brüchig auf der gelähmten Seite. Die Temperatur der Achselhöhle beiderseits gleich. Die Injektion um die Ausbruchsstelle hat nachgelassen, ohne aber einer auffallenden Anämie Platz zu machen.

Die Federhypoplasie läfst sich nicht auf eine vasomotorische Anämie zurückführen; denn 1. ist im ersten Stadium eine Hyperämie vorhanden, 2. sind bei der Durchschneidung mit den Vasodilatatoren auch die Vasomotoren durchtrennt worden, und diese Kombination fällt überall zu gunsten der Vasodilatatoren aus, d. h. ruft Hyperämie hervor. 3. Wurde nach Lähmung der Dilatatoren allein noch nie Anämie konstatiert, sondern nur die vasodilatatorische Erweiterung bleibt aus. 4. An der Bildungsstätte der Neufeder zeigt sich nicht nur Hyperämie, sondern auch Gefäfsneubildung. 5. Die Anämie mufste auf alle Federn gleich wirken; in späteren Regenerationsperioden leiden jedoch nur die bereits wiederholt ausgezogenen. 6. Nach Unterbindung der Arteria axillaris nimmt das Gewebswachstum je länger desto mehr ab. 7. Die ursprüngliche Geringfügigkeit und allmähliche Zunahme der Wachstumsverminderung beweist die Echtheit des trophischen Einflusses. Der trophische Einflufs zeigt sich als ein progressiver und nicht blofs als ein permanenter.

Die Frage, ob es nach Trennung des Plexus axillaris nach längeren Zeiträumen schliefslich doch zu voller Federatrophie komme, oder ob diese wegen peripherischer terminaler Ganglien, welche es zu einer vollen Enervation nicht kommen lassen, oder wegen der unerschöpfbaren histogenetischen Energie der Papillen ausbleibt, läfst S. unentschieden. *Török-Hamburg.*

Allgemeine Pathologie.

Gesundheitsstörungen des Alpinisten, von Dr. Wehmer. (*Zeitschr. des deutschen u. österr. Alpenvereins.* Bd. XX.) Die häufigsten Hautkrankheiten des Alpinisten sind Erytheme und Ekzeme, bei deren Behandlung der Autor den Reisenden hauptsächlich Ichthyollanolin 2 % empfiehlt. Gegen Hühneraugen empfielt er Salicylpflastermull. Von sonstigen, das „Gebiet des Alpinen" berührenden Hautaffektionen erwähnt Verf. Brandwunden, Frostbeulen, Komedonen, Furunkel, Hautwunden, Insektenstiche. Gegen Furunkel wird Hg-karbolpflastermull empfohlen.

Leistikow-Hamburg.

Hygieine der Haut.

Über die Verwendung von Karbolseifenlösungen zu Desinfektionszwecken, von Dr. Nocht. (*Zeitschrift f. Hygiene.* Bd. VII. Heft 3.) Verf. empfiehlt zu Desinfektionszwecken, sich dreiprozentige, heifse Seifenlösungen herzustellen, in welche je nach der beabsichtigten Stärke der desinfizierenden Einwirkung bis zu 5 Prozent der „100prozentigen" Karbolsäure hineingegossen werden. Während die rohe Karbolsäure wie die „100prozentige" in wässeriger Lösung leicht Niederschläge auf den zu desinfizierenden Stoffen bilden, leiden Möbelstoffe, Kleider etc., in die Karbolseifenlösung gebracht, hingegen gar keinen Schaden. *Leistikow-Hamburg.*

Personalien.

Zu unsersm lebhaften Bedauern müssen wir das am 7. März erfolgte Hinscheiden unseres Mitarbeiters, des Herrn Generalarzt a. D. Dr. August Eckart melden.

Wir können unseren Lesern die erfreuliche Mitteilung machen, dafs unsere verehrten Mitarbeiter, Herr Dr. P. Tommasoli zum Professor an der Universität Modena, Herr Dr. V. Mibelli zum Professor an der Universität Cagliari ernannt worden sind.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. No. 8. 15. April 1890.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über die kolloiden Zellen im Rhinoskleromgewebe.

Von

Dr. A. W. Finch Noyes
(Australien).

Mit 1 Farbendrucktafel.

In einer der letzten Nummern dieser *Monatshefte* beschrieb Mibelli mit großer Klarheit die gegenwärtige Lage der Rhinoskleromfrage und teilte mit großer Genauigkeit die Histologie seines eigenen Falles mit. Ich erachte es daher nicht für nötig, früher geäußerte Ansichten in bezug auf die Ätiologie der Krankheit oder auf die allgemeine histologische Anordnung des kranken Gewebes zu erwähnen. Die Verteilung des gewöhnlichen Infiltrationsgewebes und der neuen Bindegewebsbildung ist in den von mir untersuchten 2 Fällen ziemlich dieselbe wie die von früheren Beobachtern beschriebene; ich werde jedoch genauer eingehen auf die veränderten Zellen, die einen so großen Teil des kranken Gewebes ausmachen und die den histologischen Forschungen ein solches Interesse verleihen. Die veränderten Zellen zeigen sich, wie bekannt, unter zwei mikroskopisch verschiedenen Formen, die ersteren von Mikulicz als „geblähte Zellen", die anderen von Pellizzari als „Hyalin- oder Kolloidzellen" beschrieben. Diese zwei Arten von veränderten Zellen sind häufig seit ihrer Entdeckung erwähnt worden, wurden jedoch von keinem mit solcher Klarheit beschrieben, wie von Mibelli. Er hat für sie provisorisch den Namen „Hydropische Zellen und Kolloidzellen" vorgeschlagen; wir wollen uns der Kürze halber in der folgenden Beschreibung auch dieser Namen bedienen, ohne jedoch andeuten zu wollen, daß der letztere notwendigerweise das Resultat einer wahren Kolloidentartung sei. Die beiden Arten kommen in großer Anzahl in meinen Fällen und in beinahe gleichem Verhältnisse vor und bilden einen großen Teil des kranken Gewebes. Es war das Vorhandensein der Kolloidzellen in so großer Anzahl, welches

mir die Gelegenheit bot, den Versuch zu machen, gründlicher wie bisher die Stadien der Metamorphose und die verschiedenen Stufen zu verfolgen, durch welche die gewöhnlichen Infiltrationszellen in Kolloidmassen verändert werden, und zu erläutern, in welcher Beziehung die Bacillen zu den veränderten Kolloidzellen stehen. Allerdings hat sich MIBELLI auch bereits über die Genese der Kolloidzellen und Kolloidmassen ausgesprochen. Aber dieselben waren in seinen Präparaten zu spärlich, um den ganzen Prozeſs der kolloiden Metamorphose mit derselben Genauigkeit zu studieren, wie den der hydropischen Veränderung, und wie es mir an den zwei Gewebsstücken leicht möglich war, welche Herr Prof. STUKOWENKOW in Kiew Herrn Dr. UNNA freundlichst überlassen hatte, und zu deren Bearbeitung mich der letztere aufforderte. Die hydropischen Zellen, die ungefähr 50 % der veränderten Zellelemente in einem meiner Fälle betragen, erscheinen meistens als groſse, mehr oder weniger durchsichtige Körper; sie sind entweder rund oder oval, auch manchmal von einer länglichen Form. Die gröſsten haben ungefähr 5 oder 6 mal den Durchmesser der weiſsen Blutkörperchen. Sie besitzen meistens einen Kern, der manchmal von normaler Gröſse, manchmal stark atrophiert ist; viele Zellen — vielleicht nur Zellabschnitte — findet man ohne denselben. Andere hingegen besitzen zwei Kerne, gerade als ob die Veränderung in jenem Stadium der Zellvermehrung angefangen hätte, in dem die Teilung der Kerne stattgefunden, aber die Teilung des Protoplasma in zwei unabhängige Zellen noch nicht erfolgt wäre.

Das ckarakteristische Element dieser Zellen ist jedoch das Maschenwerk, welches sie enthalten, und welches die Zelle in allen Richtungen durchschneidet; in vielen Fällen scheint es vom Kerne als dem Mittelpunkte auszustrahlen. In einigen Zellen besitzt das Netzwerk sehr feine und dichte Maschen, in andern hingegen sehr weite, kaum bemerkbare Maschen. Ein kleiner Knoten erscheint an der Kreuzungsstelle von zwei einzelnen Fasern, und dieses vermehrt die Ähnlichkeit mit einem feinen Netze. Die von MIBELLI beschriebenen rundlichen Öffnungen oder Löcher finde ich in meinen Abschnitten sehr zahlreich. In einigen Fällen sind sie ganz klein, in andern so groſs, daſs sie beinahe die ganze Zelle einnehmen und nur einen dünnen peripherischen Besatz von Netzwerk zurück lassen, der den Kern enthält. Schlieſslich werden auch Zellen gefunden, die vollkommen leer zu sein scheinen, die weder Netzwerk noch Kern besitzen; nur eine feine Grenzhaut ist zu sehen. In vielen dieser Zellen kommen Bacillen vor; sie sind unregelmäſsig durch die Zellen verteilt, manchmal in Gruppen oder in kurzen Ketten; sie sind auch am inneren Rande des Grenzmembran zu finden.

Diese Zellen sind in ungefärbten Abschnitten leicht auffindbar; ihr specifischer Charakter wird jedoch am besten durch Hämatoxylin, Orcein,

Kongorot oder Eosin demonstriert. In allen diesen Punkten lieferten die von mir untersuchten Präparate lediglich Bestätigungen der Befunde von MIBELLI.

Die zweite Art der veränderten Zellen, nämlich die Kolloidzellen, welche in meinen Präparaten weit zahlreicher sich finden, als in denen MIBELLIS, scheinen unregelmäfsig durch das dichte Infiltrationsgewebe verbreitet zu sein, manchmal einzeln und manchmal in Gruppen von 5 oder 6, dicht aneinanderliegend, aber ohne einen sichtbaren Bezug zu den Blut- oder Lymphgefäfsen. Das Aussehen der vollkommen entwickelten Zellen, das heifst in dem Stadium kurz vor ihrer Zerreifsung, ist verschieden je nach der Art und Weise, in der der veränderte Inhalt zerfällt; meistens findet man die Zellen gefüllt mit kleinen, sehr regelmäfsigen Kugeln; das Ganze sieht nach der Färbung mit Eosin wie eine reife Himbeere aus. Manchmal sind jedoch auch grofse Unregelmäfsigkeiten zu bemerken, indem eine oder zwei grofse Kugeln beinahe die ganze Zelle einnehmen, während der Rest mit kleinen Kolloidmassen angefüllt ist, die gewöhnlich eine rundliche Form haben; manchmal nehmen 5 oder 6 vollkommen sphärische Kugeln eine Zelle ein, oder eine grofse Kugel liegt im Centrum, während die Peripherie mit kleinen facettierten Massen besetzt ist. Solche Zellen, die das Aussehen der obigen haben, sind gewöhnlich kernhaltig, der Kern ist jedoch immer atrophiert und häufig so klein, dafs er kaum bemerkt wird; in vielen wird jedoch kein Kern gefunden.

Es ist nach diesem Entwickelungsstadium, dafs die Zerreifsung der Zelle stattfindet. Die Massen des ausgestofsenen Kolloids von einer bestimmten Zelle liegen zuerst nahe aneinander, liegen aber später unregelmäfsig verbreitet durch das Gewebe als ovale oder häufiger als rundliche homogene Massen. Die kleinsten Massen, welche ungefärbt wie gekochte Sagokörner aussehen, haben auffallenderweise eine grofse Ähnlichkeit mit den kleinen Körpern, welche man nach der Färbung als einzelne Bacillen erkennt, und die mit dicken Schleimkapseln umgeben sind.

Ich möchte nun auf die Stadien der Zellveränderung vor der kolloiden Metamorphose und der Zerklüftung der Zellen in anders geformte Massen die Aufmerksamkeit lenken. Man nimmt an, a priori, dafs diese Zellen sich aus den Infiltrationszellen entwickeln, mir ist jedoch nicht bekannt, dafs die früheren Stadien schon früher nachgewiesen worden sind.

Meine Aufmerksamkeit hat sich besonders auf diese früheren Stadien gerichtet, und ich versuchte aufzufinden, welches Verhältnis zwischen der Kolloidveränderung und den Bacillen bestehen könnte, denn es schien mir, dafs, wenn ein enges Verhältnis festgestellt werden sollte, es leichter sein würde, dieses in den früheren Stadien zu thun als später, wenn die

Kolloidsubstanz trockener geworden und bei der Färbung viel schwerer ihren Inhalt erkennen läſst.

In Berücksichtigung der Thatsache, daſs die basischen Anilinfarben, obschon sie eine starke Affinität für die Kolloidzellen besitzen, dieselben dennoch höchst ungleich färben, so daſs sie beinahe für eine ganauere Untersuchung untauglich sind, suchte ich daher eine zuverlässigere Färbemethode zu finden. Es gelang mir in der That, mit gewissen Säurefarblösungen, besonders Eosinen, welche dieselbe Vorliebe für Kolloidzellen haben, ohne die Unsicherheit der basischen Anilinfarben zu besitzen, in folgender Weise die allerersten Veränderungen nachzuweisen.

1. Ich legte die Schnitte auf 2 oder 3 Stunden in eine schwache Hämatoxylinlösung (Böhmers), um die Kerne zu färben.

2. Nach Abspülen in Wasser, 24 Stunden in eine weingeistige Lösung von Eosin; die Lösung wird allmählich durch Verdunstung koncentrierter.

3. Abspülen in Alkohol, zur teilweisen Entfärbung; dann einige Minuten in Anilinöl.

4. Nach diesem kann das Präparat in der gewöhnlichen Weise nach der Behandlung in Bergamottöl auf den Objektträger gebracht werden.

Wenn der richtige Grad der Entfärbung erlangt wurde, sieht man die Zellen in den ersten Stadien der Veränderung in tieferem Rot gefärbt als die umgebenden Infiltrationszellen; die Kerne sind durch das Hämatoxylin blau gefärbt.

Durch diese Methode kann man die Zellen durch die verschiedenen Phasen ihrer Veränderung verfolgen.

Die erste Veränderung, die man wahrnimmt, ist, daſs die Zelle ein wenig geschwollen und granuliert erscheint; sie fährt fort an Gröſse zuzunehmen, bis sie bei einem gewissen Punkte allmählich heller wird, (d. h. sie wird durch Eosin nicht so tief gefärbt) behält jedoch ihr körniges Aussehen bei.

Das körnige Aussehen verliert sich dann allmählich, die Zelle fängt an wolkig zu erscheinen (ich möchte dieses das Übergangsstadium nennen): das Aussehen wird dann noch mehr homogen, und endlich zerfällt die Zelle in eine Anzahl regelmäſsiger oder unregelmäſsiger Kolloidmassen. Jene Periode, die ich das Übergangsstadium nannte, kann zu irgend einer Zeit nach der beginnenden Schwellung und Granulierung anfangen, so daſs vollkommen entwickelte Kolloidzellen, die nur wenig gröſser als weiſse Blutkörperchen sind, erscheinen, oder der Übergang kann auch erst beginnen, wenn die körnigen Zellen 5 bis 6 mal ihre ursprüngliche Gröſse erreicht haben.

Nachdem der homogene Zustand erreicht ist und die Masse sich zu zerteilen beginnt, ist es wahrscheinlich, daſs keine weitere Vergröſserung

stattfindet; die Berstung erfolgt jedoch früher oder später mit Ausstoſsung der Segmente in die Gewebe. (Die beigegebene Tafel gibt die meisten der eben beschriebenen Veränderungen wieder.)

Die Substanz in den vollkommen entwickelten Zellen leistet chemischen Reagenzien auffallenden Widerstand. Das folgende ist das Resultat meiner mikro-chemischen Untersuchung der veränderten Zellen.

Koncentrierte Schwefelsäure.

Die Kolloidzellen, die homogene Segmente enthalten, schwellen nach der ersten Berührung mit der Säure allmählich um ein drittel ihrer ursprünglichen Gröſse, die individuellen Segmente nehmen jedoch nur sehr wenig, vielleicht keinen Anteil an dem Schwellen. Die Zwischenräume zwischen den Segmenten werden viel weiter und klarer; und jene Zellen, die in dem homogenen Stadium sind, und in denen die Zerklüftung vor der Berührung mit der Säure nicht zu sehen war, zerteilen sich sichtbar; die Zwischenräume werden klarer, je länger die Säure einwirkt.

Nachdem die Abschnitte einige Stunden lang mit der Säure in Berührung waren, gibt die Grenzmembran der Kolloidzellen nach, die einzelnen Segmente werden ausgestoſsen und verlieren sich in den ungefärbten Abschnitten in die granulösen Trümmer des Gewebsrestes; sie können jedoch beinahe unverändert nachgewiesen werden, indem man die Säure mit Wasser verdünnt und dann einige Tropfen Eosin unter das Deckgläschen bringt.

Die Wirkung auf die jüngeren Kolloidzellen, d. h. jene in dem granulösen Stadium, ist ziemlich ähnlich; sie schwellen zuerst an, die Körner werden deutlicher, dann brechen die Zellen schlieſslich entzwei und stoſsen ihren Inhalt aus.

Bei hydropischen Zellen ist die Wirkung der Reagenzien sehr schwer zu verfolgen, da der flüssige Inhalt sowol fortgeschwemmt als auch durch die Zellmembran diffundiert sein kann.

Koncentrierte Essigsäure, Salzsäure und Salpetersäure ergaben dieselben negativen Resultate, was ihre Wirkung auf den veränderten Zellinhalt betrifft.

Dasselbe Resultat wurde erlangt, wenn die Abschnitte behandelt wurden mit Ätzkali, Natron und Ammoniak. Bei der Behandlung mit Pepsin (Pepsin 1 %, Salzsäure 2 %, Wasser 50 %) bei einer Temperatur von 37 ° C. findet man nach 24 Stunden nichts als granulöse Trümmer und Kolloidsegmente über das Sehfeld verbreitet; die Segmente können auch wie oben nachgewiesen werden, indem man einige Tropfen Eosin unter das Deckglas bringt.

Diese negative Reaktion auf den Zelleninhalt ist nicht unvereinbar mit der Ansicht, daſs es wahre Kolloidsubstanz sei. Ich bedaure, daſs die Untersuchung nicht weiter vervollständigt werden konnte durch

die Prüfung der Reaktion derselben Reagenzien auf Zoogloea, erzeugt durch den Rhinosklerombacillus, aber es war mir nicht möglich, eine Bacillenkultur zu erlangen, wie ich erwartete, und muſs ich daher die Prüfung der Gloeareaktionen späteren Forschungen überlassen.

Der Hauptpunkt von Interesse scheint gegenwärtig zu sein, ob Rhinosklerombacillen in den beiden Formen der veränderten Zellen nachgewiesen werden können.

Mikroorganismen üben wahrscheinlich ihre zerstörende Wirkung auf das lebende Gewebe auf verschiedene Weise aus; entweder durch Erzeugen eines chemischen Stoffes, des Resultats ihres Stoffwechsels, welcher lokale oder allgemeine toxische Wirkungen hervorbringt, oder durch bloſse mechanische Einwirkung, wie durch die Bildung von Geschwülsten, welche eventuell ebenso viel pflanzliche wie tierische Substanz enthalten; durch die Verstopfung von Gefäſs- oder Lymphkanälen etc.

Wir können nur denken, daſs auf diese mechanische Weise die Rhinosklerombacillen ihren zerstörenden Einfluſs auf das Gewebe, in welches sie eindringen, ausüben. Wenn die Veränderungen in den Zellen die Folge einer Entartung wären, infolge des Kontaktes mit einer durch den Bacillus erzeugten chemischen Substanz, würde man erwarten, daſs diese Veränderungen in erster Nähe des „Fons mali“ deutlicher wären; man würde erwarten, daſs Zellen, die in der Nähe von Bacillenhaufen liegen, entarteter wären als diejenigen, welche in einiger Entfernung sind; ebenso würde man erwarten, einen Punkt in dem Zellprotoplasma zu finden, wo die Veränderung angefangen hat, aber wir finden weder die Zellen in der Nähe von Lymphgefäſsen, die vollkommen erfüllt sind von Bacillen, entarteter als jene weit entfernt von solchen Anhäufungen, noch finden wir in dem Anfangsstadium der Zellveränderung irgend welche Änderung, die nicht auf die Zelle, als ein Ganzes, Einfluſs hätte.

Von anderer Seite wurde behauptet, daſs Bacillen nie in den Zellen gefunden werden; diese Behauptung bedingt die Annahme, daſs ihr Einfluſs von auſsen einwirken muſs.

Mibelli und einige seiner Vorgänger haben jedoch gezeigt, daſs dieses jedenfalls nicht der Fall ist in bezug auf eine Form von Zellveränderung, nämlich der hydropischen, und meine eigenen Beobachtungen bestätigen die Angaben dieser Forscher.

Sollte die Behauptung auch in bezug auf die andere Form der Zellveränderung, nämlich der Kolloidzellen, wahr sein?

Nachdem ich eine groſse Anzahl von Farblösungen und viele unbeschriebene Methoden versucht hatte, gelang es mir durch eine Modifizierung der von mir angewandten Methode, die frühen Kolloidveränderungen zu differenzieren, indem ich die auſser den Zellen gelegenen

Bacillen und Kapseln und jene in den hydropischen Zellen deutlicher und sicherer färbte, als durch irgend eine andere von mir versuchte Methode. Allerdings hatte ich keine Gelegenheit, meine Resultate mit solchen an in Osmiumsäure gehärteten Präparaten gewonnenen zu vergleichen, da mein Untersuchungsmaterial in absolutem Alkohol gehärtet worden war. Die Modifizierung der früher beschriebenen Methode besteht darin, daſs die Schnitte sofort aus dem Eosin, das man koncentrieren lläſst, bis nur ein feuchter Rest bleibt, in Anilinöl gebracht werden, ohne vorher mit Alkohol entfärbt zu werden. Das überflüssige Anilin wird sofort mit Wasser von den Schnitten abgespült, die nachher auf einen gewöhnlichen Objektträger gelegt und über einer Flamme langsam nach Unnas Methode getrocknet werden. Durch diese letztere Methode wird nicht nur der Gebrauch des Alkohols für die Entwässerung vermieden, sondern auch die Gewebsteile ein wenig von einander getrennt, so daſs die Bacillen leichter erkennbar werden, da sie sowohl innerhalb wie auſserhalb der Lymphbahnen liegen; die letzteren erscheinen manchmal vollkommen verstopft von Organismen. Sie sind dunkelrot gefärbt und nehmen oft das glänzende Aussehen an, das der Färbung mit Eosin eigentümlich ist. Die Kapseln sind in hellerem Rot gefärbt und von einem dunklen Rande umgeben.

Es ist mir auch, obschon mit Schwierigkeit, gelungen, Bacillen in einigen der Kolloidzellen, besonders in dem frühen Stadium ihrer Entwickelung zu finden. (Ich erlaube mir noch beizufügen, daſs ich so glücklich war, Herrn Dr. Unnas Beistimmung zu erlangen, dessen Beistand ich dankbarst anerkenne.) Die Bacillen scheinen manchmal oberflächlich zu liegen, so daſs ihr ganzer Umriſs gesehen werden kann ohne den Focus zu ändern, manchmal in der Tiefe der Zelle, so daſs man sie nicht ohne eine genaue Adjustierung des Focus erkennen kann. Ihre Gegenwart schien mir zu häufig, als daſs man annehmen könnte, sie sei die Folge eines bloſsen Zufalles, und ich bin sehr geneigt zu glauben, daſs sie in allen Kolloidzellen zu finden sind, obgleich ich sie nur mit Bestimmtheit in mehreren nachweisen konnte. Die Schwierigkeit, dieses zu thun liegt wie ich glaube, in dem physikalischen Charakter der älteren Zellen.

Ihre Gegenwart, wenn bestimmt nachgewiesen in allen Zellen, wird viel dazu beitragen die von Mibelli angegebene Hypothese zu vervollständigen, nämlich daſs die veränderten Zellen keine wahren Degenerationen untergehen, sondern daſs ihr Protoplasma einfach durch die Gloea des Rhinosklerombacillus ersetzt wird.

Tafelerklärung.

A. Rhinosklerom: Mibelli. [1]

Fig. 1. Alkoholpräparat; Genzianaviolett-Färbung. Man sieht die Bacillen in den Lymphspalten sowohl wie in dem Retikulum der Zellen. Vergröfserung: 810 : 1.

a. Grofse hydropische, geblähte Zelle (pag. 547) mit netzförmigem Inhalt, deren Retikulum an den meisten Zellen zerrissen und die so zu einer unregelmäfsigen Höhle mit hellem Inhalt geworden ist (pag. 540). An der rechten Seite ist ein Rest des Retikulums erhalten und in demselben sieht man einen Kernrest und spärliche Bacillen; an der linken Seite dagegen fehlt der Zellenkörper. und der Zelleninhalt ist direkt in die Lymphspalten (b) ergossen (pag. 546).

b. Benachbarter Lymphraum, mit spärlichen Bacillen, von benachbarten hydrophischen Zellen herstammend.

c. Mehrere hydropische Zellen von verschiedenartiger Form, mit reduziertem Kern, gut ausgesprochenem Retikulum und Bacillen in den Höhlen desselben (pag. 539—540—541). In der Nähe dieser retikulierten Zellen sieht man andere Rhinoskleromzellen, welche nicht so weit alteriert sind, und wenige oder keine Bacillen enthalten (pag. 541).

d. Berstende, grofse Kolloidzelle, unregelmäfsig segmentiert, deren Kern hier nicht — wie bei Hämatoxylinfärbung — sichtbar ist.

Fig. 2. Osmiumpräparat; Hämatoxylinbehandlung nach ALVAREZ. Man sieht in einer Lücke des Gewebes einen violettgefärbten homogenen Schleimklumpen, in welchem regelmäfsig verteilt und getrennt die Rhinosklerombacillen vorhanden sind (pag. 545). Vergröfserung: 1515 : 1.

B. Rhinosklerom: Noyes.

Fig. 3. Alkoholpräparat. Doppelfärbung mit Hämatoxylin (BÖHMER) und Eosin. Vergröfserung: 670 : 1.

a. Gewöhnliche Infiltrationszellen.

b. Verschiedene Übergangsstadien von diesen zu den Kolloidzellen.

c. Vollkommen entwickelte Kolloidzelle.

d. Berstende Kolloidzelle.

e. Hydropische Zellen.

f. Lymphräume mit Bacillen erfüllt.

g. Bindegewebsfasern.

---

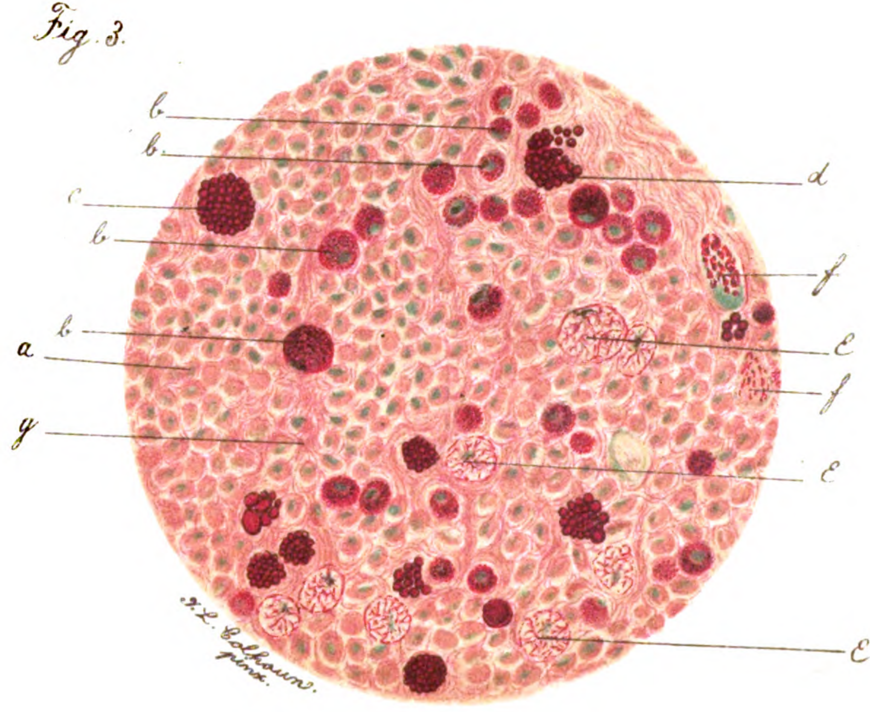
[1] Anmerkung der Redaktion. Die Tafel zu Prof. MIBELLIS Arbeit über das Rhinosklerom (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie.* 1889. Bd. VIII. pag. 531.), deren Publikation s. Zt. versprochen wurde, veröffentlichen wir hier gleichzeitig mit der Arbeit von Dr. NOYES über das Rhinosklerom und als Pendant zu der Tafel dieser letzteren Arbeit. Wir glauben, den verschiedenen Charakter der Zelldegenerationen im Rhinosklerom nicht besser hervorheben zu können, als durch die Zusammenstellung dieser beiden chromolithographischen Tafeln.





J. L. Colhoun fet.

RHINOSKLEROM: MIBELLI.



RHINOSKLEROM: NOYES.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Das Hydroxylamin und die Schweningerkur.

Von

Dr. Georg Groddeck.

Eichhoff hat in No. 5 des X. Bandes dieser Zeitschrift eine Rettung des Hydroxylamins versucht. Er thut das „im Interesse der guten Sache“. Die gute Sache verteidigt man durch Thatsachen, nicht durch Scherze.

In dieser Zeitschrift auf Eichhoffs Scherze zu antworten, habe ich keine Veranlassung.

Ich kann aber nicht dulden, daſs das wenige Thatsächliche in Eichhoffs Aufsatz als lautere Wahrheit angesehen wird, wie es geschehen würde, wenn ich seine Irrtümer unwiderlegt lieſse. Ich stelle daher folgende Thatsachen fest.

Es ist ein Irrtum, daſs ich einen „Streitartikel“ (No. 5. pag. 219. Z. 8 v. u.) gegen die Arbeiten von Eichhoff verfaſst habe. Ich habe die Ergebnisse meiner eigenen Versuche mit dem Hydroxylamin veröffentlicht und habe gleichzeitig die Experimente früherer Beobachter einer Kritik unterzogen und zu erklären versucht, weshalb meine Resultate so ganz andere sind als die ihren (No. 4. pag. 164. Z. 14 v. u.). Das war mein Recht und meine Pflicht.

Pag. 221. Z. 4 v. o. sagt Eichhoff: „In der Dissertation von Kantorowicz wird über fünf rasche Heilungen von Pityriasis versicolor berichtet.“ In dem Referat dieser Zeitschrift über die betreffende Arbeit (No. 4. pag. 193) — die Arbeit selbst steht mir leider nicht zur Verfügung — heiſst es „Von den 5 Fällen von Pityriasis versicolor wurden 2 geheilt, 1 fast ganz geheilt und 2 wesentlich gebessert.“ Nach meiner Ansicht ist es ein Unterschied, ob etwas rasch heilt oder sich wesentlich bessert.

Auf derselben Seite, Z. 12 v. o. findet sich ein weiterer Irrtum. Meine ungünstige Beurteilung des Hydroxylamins ist nicht wie Eichhoff sagt „auf einmal“ gegenüber allen günstigen Beobachtungen gekommen. In der Sitzung des Berliner dermatologischen Vereins vom 2. Juli 1889 haben sich bereits die Herren Hofmann und Köbner gegen das Hydroxylamin ausgesprochen, wie das auch in meiner Arbeit (No. 4. pag. 164. Anmerkung) erwähnt ist.

Zwei Zeilen weiter muſs ich wiederum eine Ungenauigkeit von Eichhoff konstatieren. Er sagt, ich hätte 23 Fälle mit Hydroxylamin behandelt. Das ist nicht richtig. Ich habe 23 Fälle veröffentlicht, be-

handelt habe ich weit mehr, wie das auch in meiner Arbeit an verschiedenen Stellen ausdrücklich gesagt worden ist. Diejenigen Fälle, die zu kurze Zeit in Beobachtung waren, habe ich ganz weggelassen; die, welche ich mit hydropathischen Umschlägen oder mit EICHHOFFS Seife behandelt habe, habe ich nicht berücksichtigt, weil ich meinen Lesern ein möglichst reines Resultat vorlegen wollte und weil ich, wie ich das in meiner Veröffentlichung des Längeren auseinandergesetzt habe, die Benutzung des hydropathischen Umschlags oder der Seifenform, eventuell kombiniert mit Guttaperchaverband zur Erprobung eines neuen Mittels für fehlerhaft halte. Endlich steht in meiner Arbeit (pag. 169. Anmerkung), daſs ich meine Resultate in zahlreichen andern Fällen bestätigt gefunden habe.

Auf pag. 221. Z. 18 v. o. wird von mir gesagt, ich hätte alle früheren und günstigen Beobachtungen als irrtümlich hingestellt. Ich möchte bitten, mir das in meiner Schrift zu zeigen. Ich habe nie an der Richtigkeit der EICHHOFFschen Beobachtungen gezweifelt. Ich bin überzeugt, daſs er beurteilen kann, ob eine Krankheit sich bessert oder nicht. Ich habe nur gesagt, daſs sich aus der Art der Experimente und Beobachtungen Fehlerquellen ergeben, und daſs infolgedessen die Schlüsse, die aus diesen Beobachtungen gezogen werden, nicht bindend sind.

EICHHOFF wundert sich darüber, daſs ich das Hydroxylamin gegen Scabies, Lupus erythematodes, Pityriasis vulva verwendet habe. Er habe es gegen diese Krankheiten nicht empfohlen. Es ist mir bei meinen Versuchen ganz gleichgültig gewesen, wogegen EICHHOFF das fragliche Mittel empfohlen hat. Ich habe das Recht, ein neues Medikament zu erproben, bei welchen Krankheiten es mir beliebt, und wenn ich eine Indikation des Hydroxylamins bei der Behandlung von Knochenbrüchen gefunden hätte, würde ich es versucht haben. Da das Hydroxylamin als antiparasitäres und reduzierendes Mittel von BINZ der Beachtung empfohlen wurde, ist es ganz gerechtfertigt, daſs ich es in den fraglichen Fällen erprobt habe. EICHHOFF geht eben immer von der falschen Voraussetzung aus, daſs ich meine Untersuchungen lediglich deshalb gemacht habe, um ihn zu widerlegen. Ich habe sie aber in der Hoffnung gemacht, etwas Positives zu erreichen, und war sehr enttäuscht, als mir das nicht gelang.

Pag. 222. Z. 8 v. u. erzählt EICHHOFF, 8 Psoriasisfälle seien auch von mir durch Hydroxylamin geheilt worden. Das ist richtig. EICHHOFF hat aber vergessen, hinzuzufügen, daſs die Heilung unter Hydroxylamin in allen acht Fällen später zu stande kam als unter Pyrogallussäure resp. Chrysarobin. Ich habe nirgends behauptet, das Hydroxylamin helfe gar nichts, aber ich habe durch meine Versuche bewiesen, daſs es nicht so gut wirkt wie die beiden eben erwähnten Mittel.

EICHHOFF läſst (pag. 222. Z. 2 v. u.) gesperrt drucken — die ge-

sperrten Lettern lassen den Irrtum recht grell hervortreten — „In allen Fällen, für die wir das Hydroxylamin empfahlen, hat es auch auf der Berliner Klinik gewirkt.“

Eichhoff hat das Hydroxylamin gegen Psoriasis, Herpes tonsurans, Ekzema seborrhoicum Unna empfohlen. Ich habe nun 12 mit Hydroxylamin behandelte Psoriasisfälle veröffentlicht. Von diesen 12 Fällen heilten 8 unter Hydroxylaminbehandlung weit langsamer als unter Chrysarobin resp. Pyrogallussäure. Zwei weitere Fälle waren Naturheilungen. Bei den beiden letzten wirkte das fragliche Mittel überhaupt nicht. Ein Fall von Mycosis circinata Auspitz — Eichhoff vermutet ganz richtig, dafs ich darunter dasselbe verstehe, was „gewöhnliche Sterbliche Mycosis tonsurans“ nennen — blieb ganz unbeeinflufst durch die Hydroxylamin behandlung, ein zweiter war eine Naturheilung. Ein Fall von Ekzema seborrhoicum Unna wurde durch das Hydroxylamin verschlimmert. (pag. 163 ff.)

Von den damals von mir veröffentlichten 15 Fällen sind also nur 8 durch das Hydroxylamin geheilt. Das nennt Eichhoff „alle Fälle“ In meiner Arbeit ist übrigens, wie ich schon einmal erwähnte, von zahlreichen Bestätigungen meiner Resultate die Rede. Das ignoriert Eichhoff wiederum. Unter diesen Beobachtungen finden sich jedoch 6 Psoriasisfälle, die auf eine 2—3 wöchentliche Behandlung mit 1 %iger Hydroxylaminsalbe resp. mit 3 %iger Hydroxylaminseife Eichhoff absolut nicht reagierten, und drei Fälle von Herpes tonsurans, bei denen das Hydroxylamin in gleicher Weise Schiffbruch litt.

Auf pag. 223. Z. 8 v. o. sagt Eichhoff, ich hätte ihm einen Vorwurf daraus gemacht, dafs er so schwache Lösungen (1‰) angewandt habe. Das ist nicht richtig. Ich habe Eichhoff nur gesagt, dafs die Erfolge, die er erzielt, teilweise auf den Guttaperchaverband und auf den Spiritus zurückzuführen seien (pag. 165. Z. 4 v. o. und pag. 169. Z. 7 v. o.). Eichhoff geht in dieser Beziehung noch weiter als ich. Er sagt (pag. 223. Z. 12), die Erfolge mit den dünnen Lösungen lagen „nur an der Art der Anwendung mit Guttaperchapapier.“

Etwas weiter unten kommt es Eichhoff „in erster Linie nur darauf an, nachzuweisen, dafs das Hydroxylamin überhaupt wirke.“ Ich hatte bisher immer geglaubt, Eichhoff wollte dem Hydroxylamin einen Platz neben dem Chrysarobin und der Pyrogallussäure erobern. Seitdem ich erfahren habe, dafs das nicht seine Absicht war, bin ich völlig beruhigt.

Eichhoff nennt (pag. 224. Z. 10 v. o.) seine Anwendungsart des Hydroxylamins unter Guttaperchapapier die richtige im Gegensatz zu meinem einfachen „Aufpinseln“. Ich würde Eichhoff aus vollem Herzen beistimmen, wenn die betreffenden Untersuchungen den Zweck gehabt hätten, unter allen Umständen eine rasche Heilung zu erzielen. Darauf

kam es aber garnicht an. Es sollte vielmehr ein neues Mittel möglichst rein auf seine Wirkung geprüft werden, und ich habe mich bemüht, klarzulegen, dafs die Reinheit der Beobachtung gerade durch den Guttaperchaverband getrübt wird.

Meine Erzählung von dem braunen Regierungsrat (pag. 170. Z. 6 v. u.), der keinen Gefallen an der Hydroxylaminseife finden konnte, hat Eichhoff falsch aufgefafst. Ich habe sie angeführt um zu beweisen, dafs es Kranke gibt, die gerade in der Braunfärbung die wahre Heilkraft eines Mittels sehen. Das ist doch im Leben keine wissenschaftliche Frage, wie es Eichhoff pag. 224. Z. 12 v. u. nennt. Hätte ich etwas anderes damit bezweckt, so würde der Fall vorn unter den übrigen registriert sein, das ist er aber nicht.

Dafs ich an dem Reduktionsvermögen des Hydroxylamins nicht zweifle, glaubt mir Eichhoff auf pag. 224. Z. 10 v. u. einfach nicht, obwohl es ausdrücklich in meiner Arbeit steht. Ich habe gesagt (pag. 170. Z. 13 v. o. ff.), das Hydroxylamin sei kein reduzierendes Mittel im Sinne Unnas, und so lange mir nicht das Gegenteil bewiesen ist, halte ich daran fest.

Auf pag. 222. Z. 9 v. u. fragt mich Eichhoff: „Was ist denn eigentlich Naturheilung?“ „Die Kenntnis der Naturheilung ist die Basis aller Behandlung“ sagt Samuel in einem einschlägigen Artikel in *Eulenbergs Realencyklopädie*. Bd. IX. pag. 249 ff., auf den ich Eichhoff hinweisen mufs, da eine Beantwortung dieser Frage nach meiner Auffassung, wie sie sich unter Schweningers Anleitung herausgebildet hat, weitaus den Raum dieser Zeitschrift überschreiten würde. Für meinen Zweck genügt es, hier zu konstatieren, dafs ich mich unmöglich dazu entschliefsen kann, von einer Heilung der Psoriasis durch meine Kunst zu reden, wenn ich sie entweder gar nicht oder nur mit Zinksalbe behandelt habe.

Ich würde vielleicht von all diesen Irrtümern Eichhoffs gar keine Notiz genommen haben, denn eigentlich ist das Hydroxylamin gar nicht der Reklame wert, die ich durch meine Erwiderung dafür mache. Es wird den Weg wandeln, den so viele Mittel vor ihm gegangen sind. Jetzt komme ich aber auf etwas zu sprechen, was ich nicht ungeahndet stehen lassen kann.

Pag. 224. Z. 2 v. u. meint Eichhoff, meine allgemeinen Ausführungen (pag. 171—72) spitzten sich auf den Satz zu „Weg mit den Medikamenten! Die Hautkrankheiten müssen mit diätetischen (Schweninger-)Kuren behandelt werden.“ Ich bin ein Schüler Schweningers und bin stolz darauf. Ein Vorwurf, den Schweningers Lehre trifft, trifft auch mich, und deshalb bin ich mir selbst schuldig, gegen solche Entstellungen der Schweningerschen Lehre energisch Front zu machen. Ein solcher Satz, wie ihn Eichhoff ausspricht, ist völlig unvereinbar

mit SCHWENINGERS Lehre und mit meiner eigenen Überzeugung. Wir benutzen Medikamente so gut wie jeder andere Arzt, wo wir damit auskommen können. Wir wissen sehr gut, daſs wir beispielsweise die meisten Ekzeme mit dem passenden Medikament heilen können, und hier begnügen wir uns dieses in Anwendung zu ziehen. Es bleibt aber eine gewisse Anzahl von Ekzemen übrig, die durch die übliche lokale Therapie entweder gar nicht zu beseitigen sind, oder doch, wenn sie notdürftig zum Verschwinden gebracht sind, nach kürzerer oder längerer Zeit recidivieren. Daſs nun in diesen Fällen das Ekzem der einfachen Therapie nicht weicht, muſs seinen Grund in der verschiedenen Individualität, oder, wie ich in meiner vorigen Arbeit sagte, in der Prädisposition des Individuums haben. Ändern wir nun die Prädisposition eines Kranken, dessen Ekzem nicht durch ein einfaches Medikament heilbar ist, so daſs sie eines auf dem gewöhnlichen Wege heilbaren Ekzemkranken ähnlich wird, so werden wir dann auch mit leichter Mühe mit der hartnäckigen Krankheit fertig werden. Eine solche Änderung der Individualität können wir aber bis zu einem gewissen Grade dadurch herbeiführen, daſs wir die Lebensverhältnisse des Kranken im weitesten Sinne des Worts ändern. Denn sie sind die Faktoren, aus denen die Prädisposition als Produkt resultiert. Ebenso wie mit dem Ekzem verhält es sich nun auch mit sämtlichen übrigen Krankheiten, bei der einen in höherem, bei der andern in geringerem Grade. Die gröſste Mehrzahl heilt entweder von selbst oder unter der Anwendung irgend eines Medikamentes. Denjenigen Fällen, die das nicht thun, ist nur auf die eben erwähnte Weise beizukommen. Dazu genügt nun freilich nicht, daſs man eine einfache anatomische Diagnose stellt. Man muſs möglichst alle Momente — auch ätiologischer und anatomischer Natur — in der Diagnose zusammenfassen, durch die das betreffende Individuum eventuell in die unglückliche Lage gekommen ist, daſs seine Krankheit nicht auf dem einfachen Wege wie bei andern Kranken geheilt werden kann. Erst wenn man diese Verhältnisse mehr oder weniger präzise festgestellt hat, kann man an die Ausmerzung der Schädlichkeiten gehen. Dann ist es aber auch unsere Pflicht.

Ich möchte das an einem Beispiel klarlegen. Nehmen wir an, irgend jemand hat sich durch seine unvernünftige Lebensweise einen tüchtigen Bauch angemästet, so daſs sich Bauchhaut und Schenkelhaut andauernd berühren. Es wird sich dann in kürzerer oder längerer Zeit eine Intertrigo der beiden Hautflächen herausbilden. Vielleicht bringen wir die mittelst der für den Fall geeigneten Salben eventuell zum Verschwinden. Sie wird aber immer wieder recidivieren können, so lange sich Bauch- und Schenkelhaut aneinander reiben. Wir müssen also, um der Sache endgültig ein Ende zu machen, dafür sorgen, daſs der Bauch in seine natürlichen Grenzen zurückgeht. Das können wir eventuell auch durch eine

der gewöhnlichen Entfettungskuren erreichen. Weit würden wir aber auch damit nicht kommen. Das Übermaſs des Leibes würde sofort zurückkehren, sowie der betreffende Kranhe mit der Kur aufhört. Denn wir beseitigen mit der Entfettungskur nicht die Ursachen des Fettwerdens, sondern nur das Resultat dieser Ursachen. Um die Fettleibigkeit definitiv fortzuschaffen, muſs man eben diese Ursachen bei jedem einzelnen Kranken studieren und sie auszumerzen suchen. Thut man das, so wird man sehr bald dahinter kommen, daſs es nicht zwei Fettleibige in der ganzen Welt gibt, die ihre Leibesfülle ein und derselben Schädlichkeit ausschlieſslich verdanken, und daſs es infolge dessen auch nicht eine einheitliche Kur dagegen gibt, mag man sie nun Oertel, Ebstein oder Schweninger Kur nennen.

Es ergibt sich aus dem eben angeführten von selbst, daſs eine eigentliche Schweninger-Kur, von der Eichhoff pag. 224. Z. 1 v. u. spricht, nicht existiert. Wir individualisieren im strengsten Sinne des Worts, wir bauen für jeden einzelnen Kranken eine neue Kur auf, wie sie sich aus seinen Lebensverhältnissen ergibt. Das Wort „Schweninger Kur“ ist von der Tagespresse erfunden und mit allerlei Anekdötchen verbrämt, in aller Herren Länder getragen worden. Das ist verzeihlich, denn die Presse muſs ihr Publikum amüsieren. Es ist aber traurig, wenn wissenschaftlich gebildete Männer ein solch durch und durch falsches Schlagwort gedankenlos nachsprechen.

Solange Eichhoff Schweningers durchaus klare, überlegte und einwandsfreie Auffassung der Kranken (nicht bloſs der Krankheiten) und ihre Behandlung nicht kennt, sollte er sich doch nicht auf die Gemeinplätze der Tageslitteratur begeben und über etwas reden und urteilen, was er doch nur vom Hörensagen wissen kann. Ich glaube, daſs auch er, wie Schweningers Schüler, zu der Ansicht kommen könnte, daſs alles, was dieser Mann — bisher freilich nur in Vorlesung und Colloquium — lehrt, durchaus wissenschaftlich, korrekt, nüchtern, objektiv ist. Er müſste finden, daſs Schweninger eine nur zu lange bestehende Lücke auszufüllen bemüht ist, die in der Medizin noch immer zwischen abstractem und konkretem gelassen ist und daſs seine Lehre in der vernünftigen Auffassung und Behandlung der Kranken, nicht bloſs der Krankheiten begründet ist und gipfelt.

Ein neues Instrument zur Operation benigner Tumoren der Urethra — das Endoskop-Karunkulotom.[1]

Von

NIKOLAI FEDSCHENKO.

(Übersetzt von W. SENDER.)

Mit 1 Abbildung.

Fürs erste halte ich für notwendig einige Worte über die Benennung benigner Tumoren der urethralen Schleimhaut vorauszuschicken. Keine der pathologischen Neubildungen, scheint mir, kann so mannigfaltige Nomenklatur aufzählen, wie sie diesen Exkrescenzen zu Teil genommen ist. Man nennt sie: polypus, caruncula, caruositas, vegetationes, fungositas, fungus spongiosus et fibrosus, excrescentia angiotelectodes, granulationes, granulanata, papillomata etc. etc. Die meisten derselben sind von GRÜNFELD in seiner Monographie „*Die Endoskopie der Harnröhre und Blase*“ genau beschrieben. Er beschreibt und faſst sie alle in einem Kapitel „Polypen der Harnröhre“ zusammen. DELFAN „*Manuel complet des maladies des voies urinaires et des organes genitaux*“ bespricht diese Neubildungen auch nur in einem Kapitel: „Les granulations, végétations et polypes urethrales.“ In Prof. PODREZS genügend umfangreicher Monographie „*Krankheiten der Urethra*“ (russisch) werden diese Neubildungen im Kapitel „freie bindegewebartige Tumoren gefaſst; er unterscheidet 1. Carunculi et papillomata und 2. Urethralpolypen und beschreibt einzeln eine jede dieser Unterklassen. WAJDA, OBERLÄNDER u. a. stellten gelegentlich mikroskopisch Analysen urethraler Tumoren an. In seinem Werke „*Die Strikturen der Harnröhre*“ beschreibt DITTEL diese Neubili dungen im § „Caruncel, Papillome und Polypen des Harnkanals“; dabegibt er aber keine Basis zur Differenzialdiagnose einer jeden dieser Formen; nennt sie alle schlechthin — carunculus, und es scheint mir, daſs diese Nomenklatur ihnen am besten paſst, denn, solange wir nicht genauen Bescheid über den histologischen Bau aller Tumoren der Urethra wissen, ist ein jeder derartige Befund nur caruncula d. h. Fleischkörperchen, Auswüchschen zu nennen, zumal, da dieser Begriff keinem bestimmten anatomischem Bau entspricht, gerade so, wie der Begriff Papillom oder Granulom.

---

[1] Eine ausführlichere Abhandlung ist vom Erfinder in der Sitzung vom 19. April (1. Mai) 1889 in der Moskauer chirurgischen Gesellschaft vorgetragen worden.

In dessen Anbetracht ist das Instrument, das ich beschreiben will und das den Zweck erzielen soll, derartige Geschwülste zu entfernen, dabei aber nichts anders, als ein Endoskop mit schneidendem Attribut versehen, vorstellt, von mir Endoskop-Karunkulotom genannt worden.

Erst seit Entdeckung des Endoskops ist es möglich gemacht, den Ort, die Gröſse und andere Details eines Karunkels zu bestimmen und schlieſslich auf eine leichte und bequeme Art durch chirurgische Eingriffe den Kranken genesen zu lassen.

Hier weisen wir nochmals auf Grünfelds Arbeiten hin, denen in erwähnter Hinsicht volle Aufmerksamkeit gebührt. Beim Gebrauche des Endoskops überzeugt, suchte er auch andern zu beweisen, daſs derartige Neubildungen des männlichen Harnkanals seiner ganzen Länge nach gefunden werden können, daſs sie unter Umständen bis zu einem betrefflichen Umfang heranwachsen und bei Lebzeiten leicht zu konstatieren sind. So ist es nun nicht seltsam bei Urethritis papillaris (Tarnowsky) granulosa (Grünfeld) oder papillomatosa (Oberländer) während der Endoskopie Auswüchse verschiedener Gröſse zu finden von der eines kleinen Korns bis zu der einer Kirsche, wobei letztere weder nach sub-



jektiven noch andern objektiven Erscheinungen früher mit Sicherheit zu diagnostizieren waren. Man sollte daher glauben, daſs wenn das Endoskop bei einem jeden chronischen Leiden der Urethra gebraucht würde, Karunkel zweifellos öfter zu finden wären, als man es voraussetzte. Indem ich zu den verschiedenen Arten chirurgischer Eingriffe, deren man sich beim Entfernen der Karunkel bedient, übergehe, ist zu erwähnen notwendig, daſs schon früher verschiedene Mittel erprobt wurden; hierher gehören die Exsikkation durch diverse Strickmittel, Kauterisationen, schlieſslich die Unterbindung der Geschwulst, um Absterben und selbstständiges Abfallen des Tumors zu erzielen. Meran war der erste, der den urethralen Karunkel mit zwei geöhrten Sonden operierte. Indem er sie einander anpaſste, lieſs er die Geschwulst beide genug groſsen Öhre passieren, zerriſs alsdann, indem er sie in entgegengesetzter Richtung voneinander entfernte, die Basis der Geschwulst und löste sie somit ab. Grünfeld gebraucht hierbei folgende Instrumente: 1. den Polypenschlingenschnürer, wobei die Geschwulst durch eine Drahtschlinge ecrasiert wird; 2. die Polypenschere, vorzüglich zum Durchschneiden eines schmalen Stiels der Geschwulst; 3. die Polypenzange, mit deren Hilfe die Geschwulst gegriffen, stark zusammengepreſst und abgerissen werden

kann und 4. die Polypenkneipe — ein Endoskop, an dessen innerem Ende ein Ring angepaſst ist, letzterer hat eine Öffnung, die zum Prolaps der Geschwulst dient; die Ränder der Öffnung sind zugeschärft und beim Hereinziehen des Ringes in die Mitte des Endoskops durch Hilfe eines Drahtes, der in einer für ihn bestimmten Rinne Platz hat, wird die Geschwulst abgeschnitten. Eine nähere Beschreibung der Instrumente, so auch deren Abbildungen samt Indikationen zu ihrem Gebrauch finden wir im Werke GRÜNFELDS *„Die Endoskopie der Harnröhre und Blase.“* Hierbei kann ich nicht mit Stillschweigen die endoskopischen Messer, von PODREZ[2] vorgeschlagen, übergehen, die in manchen Fällen vorzuziehen wären.

Der Nachteil der aufgezählten Instrumente besteht darin, daſs beim Abreiſsen oder Abschneiden der Geschwulst, letztere gewöhnlich in die Urethra zurückfällt, es ist daher nötig, das Instrument zu entfernen und eine Zange oder Haken zum Herausbefördern der abgelösten Geschwulst einzuführen; während dieser Zeit aber finden Blutungen statt, unter Umständen bilden sich Blutgerinnsel — ein Umstand, der das Gesichtsfeld verdeckt und das Säubern, sowie auch das darauffolgende Kauterisieren wesentlich erschwert; manchmal ist man sogar gezwungen, in Fällen von stärkerem Bluten, ein Tampon einzuführen, um einen Druck oder chemischen Einfluſs auf die blutende Fläche zu bezwecken; dabei wird die absolvierte Geschwulst weiter in den Harnkanal gerückt; es ist daher nach einer Pause wiederum nötig nach der Geschwulst zu suchen, von neuem das Operationsfeld zu reinigen etc. Dies sind Nachteile, die einem jeden Operateur dieser Branche wohl bekannt sind.

Das Instrument, das nach meinen Angaben von der Firma TH. SCHWABE (in Moskau) verfertigt worden ist, stellt, wie es aus beigefügter Zeichnung zu ersehen ist, ein offenes Endoskop vor. Dem ist ein zweites geschlossenes Endoskop von einem etwas kleinerem Durchmesser angepaſst. Da letzteres etwas länger und mit einem abgerundeten Ende versehen ist, so dient es auch zugleich als Konduktor.

In einem Centimeter vom Ende des äuſseren Endoskops an gerechnet, befindet sich eine ovale Öffnung; eine ganz ebensolche hat auch auf entsprechender Stelle das innere Endoskop. Der Rand beider Öffnungen ist zugeschärft und schneidend, doch ist der Rand des äuſseren Endoskops stumpfer, als der des Innern — dies ist absichtlich so gemacht, um das äuſsere Endoskop, wenn das innere entfernt ist, als solches zu gebrauchen, ohne Befürchtung das Gewebe zu lädieren, sei es, daſs die Schleimhaut, eine Falte bildend, durch die erwähnte Öffnung zufällig ins Endoskop prolabiert. An den okulären Enden beider Röhren sind Merkmale ge-

[2] *Krankheiten der Urethra* (russisch).

macht; wenn letztere einander gegenübergestellt sind, so fallen die Öffnungen zusammen; wenn aber das äufsere Endoskop fixiert, das innere dagegen rotiert wird, so gleitet der Rand des inneren Endoskops, dem Effekt einer Schere gleich, gegen den des äufseren und an ihm vorüber. Um das Instrument binnen dieser Zeit möglichst bequem festhalten zu können, sind am äufseren Ende zwei für die Finger bestimmte Exkavationen angebracht, die auf beigelegter Zeichnung ebenfalls zu sehen sind. Dies ist die ganze Beschreibung des nicht allzukomplizierten Instrumentes.

Ich gebrauche es auf folgende Art. Vorausgesetzt, dafs, die noch früher zu endoskopischen Zwecken vorbereitete Urethra, mittels eines gewöhnlichen Endoskops schon besichtigt war und dabei pathologisch-anatomische Veränderungen konstatiert sein wollen, es sollen Karunkel gewesen sein, ihr Ort, Gröfse etc. schon bestimmt. Vor der Operation wird der Patient einer leichten Diät unterworfen, die keine die Harnorgane reizenden Stoffe, vorzüglich weniger Salz und Flüssigkeit enthält; der Durst kann mit 2,3 Schluck einfachen Wassers gelöscht werden. Kurz vor der Operation wird der ganze Kanal mit einer 3%igen Borsäurelösung desinfiziert, darauf wird an die Operationsstelle mittels der Guyonschen Spritze von 8—10 g einer 5%igen Kokainlösung injiziert und binnen einiger Minuten aufgehalten. Hiernach ist der Karunkulotom nach Regel der Einführung des geraden Endoskops geschlossen einzuführen, d. h. die innere Röhre auf 90° gewandt, damit die beiden Öffnungen nicht übereintreffen; er kann bis in die Blase durchgeführt werden und mag nach Extraktion der inneren Röhre zur Ableistung der dort verstauchten Flüssigkeit dienen; zur Besichtigung bleibt die äufsere Röhre, die, einem Endoskop gleich, langsam nach vorn geleitet wird. Wenn der Durchmesser des Karunkulotoms dem Kaliber der Urethra entspricht, so prolabiert die Schleimhaut nicht durch die Öffnung im Endoskop; erstere kann höchstens eine geringe Ausbuchtung bilden, die jedenfalls die Inspektion nicht verhindert; das Gewebe gleitet dabei sehr bequem unter der Öffnung hinweg, weder anzuhaken noch sich eine Läsion zuzufügen. Endlich gelangen wir an den Karunkel. Wenn letzterer zu reizbar sei, was aus den früheren Explorationen schon nachzuweisen war, so ist es bei gegenwärtiger Einführung des Karunkulotoms notwendig, ein Anästhetikum anzuwenden. Zu diesem Zweck wird der Karunkel in der Mitte des Gesichtsfeldes fixiert und mit einer 20%igen Kokainlösung bestrichen. Nun wird die äufsere Röhre derart gestellt, dafs die Öffnung im Endoskop der Basis des Karunkels entspräche; darnach wird bei Einführung die innere Röhre so situiert, dafs der Karunkulotom offen bleibt. Jetzt wird er behutsam und unter Kontrolle des Auges nach vorne gerückt; da prolabiert nun der Karunkel durch die Öffnung und wenn er nicht genug eingedrungen ist, so kann man ihn mittels einer Zange oder

Haken hereinziehen, bei Wendung und Extraktion des Iustrumentes wird auch die Geschwulst zugleich ins Endoskop gezogen; letzterem kann man hiermit eine beliebige Lage geben. Nun wird der Karunkulotom fixiert und durch Drehen der inneren Röhre zu und aufgeschlossen; somit ist der Karunkel abgeschnitten; ein mit Strickmitteln oder Caustica durchtränktes Tampon wird rasch an die operierte Stelle gebracht und die Blutung gestillt; die abgelöste Geschwulst wird durch den eingeführten Tampon ans Ende der Röhre durchgestofsen, ist also bei inneren weiteren Manipulationen nicht hinderlich und wird nach gestillter Blutung mit der inneren Röhre zugleich entfernt. Je nach Bedürfnis eines jeden einzelnen Falles, ist es weiterhin möglich, die Wunde durch die Öffnung im äufseren Endoskop nochmals zu bestreichen oder zu kauterisieren (z. B. mit einem Stäbchen von Höllenstein mittels GRÜNFELDS Port. caustic.)

Gewöhnlich führe ich noch einen länglichen Wattetampon ein, der mit Vaselinum boro-tannicum bestrichen ist und an der operierten Stelle zurückbleibt, darnach entferne ich langsam das Instrument; wenn mir unterwegs noch Karunkel begegnen, so operiere ich sie in derselben Weise. Wie nun aus der Beschreibung zu ersehen ist, wird die Operation schnell gemacht, Blutungen rasch und leicht gestillt, und die zur Kauterisation bestimmte Oberfläche durch die Öffnung im Karunkulotom vollständig begrenzt.

Karunkulotome können von verschiedenem Kaliber und von verschiedener Länge verfertigt werden. Der kleinste, mit dem ich arbeite, ist No. 26 von CHARRIER; zu dieser Nummer kann eine jede männliche Urethra vorbereitet werden, auch bietet sie ein genügendes endoskopisches Gesichtsfeld; wenn möglich, so ist es stets besser mit gröfseren Nummern zu arbeiten. Der Gebrauch von No. 29 u. 30 ist schon mit wesentlichen Vorteilen verbunden und kann in den meisten Fällen bei Erwachsenen angewandt werden, wenn eine Discision des äufseren Orificiums vorangegangen war — eine Operation, die, wie bekannt, keine Schwierigkeiten dem Arzt bietet, zugleich auch gefahrlos für den Patienten ist. Die Öffnung im Karunkulotom kann grofs genug gemacht werden — bei geringem Durchmesser bis zum ein Viertel des Umkreises der Röhre, ja, sogar gröfser; kleiner kann sie je nach Belang immer gemacht werden, indem man den Karunkulotom nur teilweise offen hält. Auf diese Weise können Karunkel von der kleinsten Gröfse an bis zu solchen, die durch die Öffnung im Endoskop hereinzuziehen sind, operiert werden; folglich bis zu einer Dimension, die sich für eine endoskopische Operation nur denken läfst. Bei Wahl des Iustrumentes mufs man Acht geben, ob die innere Röhre sich vollständig an die äufsere schliefst, vorzüglich aber an den Stellen, wo die schneidenden Flächen zusammentreffen, sonst könnte eine unwillkürliche Einklemmung der Geschwulst zustofsen, gerade so, wie

es bei einer schlechten Schere der Fall ist), was unter Umständen das weitere Wenden der Röhre erschweren würde, namentlich, wenn die Karunkel klein sind.

Was die Dauer der Rekonvalescenz anbelangt, so ist nach den Fällen, die ich bisher gehabt, zu schliefsen, dafs die Heilung nach einer derartigen Operation schnell vor sich geht, weitere Komplikationen habe ich nicht gesehen; und schliefslich empfindet der Patient die unangenehmen Symptome nicht in so hohem Grade, wie sie bei der Behandlung nach andern Methoden gewöhnlich beobachtet werden.

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 4. Februar 1890.

Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer: Herr Saalfeld.

Herr Köbner: **Über Lymphangiome der Genitalien mit Krankenvorstellung.** Lymphangiome im allgemeinen sind ein Analogon der Angiome; seitdem Virchow dieselben zu den Geschwülsten gezählt und diese ausführlich beschrieben hat, haben sich die Beobachtungen auch in Deutschland vermehrt. Giorgewicz hat dann zuerst eine besondere Abhandlung geliefert, er bezeichnet sie nur als Lymphangioma simplex, während Wegner das Lymphangioma simplex, das cavernosum und cystoideum unterscheidet. Die Lokalisation der Lymphangiome ist eine recht disseminierte am Körper, und zwar findet man, indem man mit der Makroglossie und Makrochylie beginnen kann, enorm dilatierte Lymphgefäfsplexus am Kinn, an den Wangen bis herunter zu den Oberschenkeln, wo die Elephantiasis gepaart mit Lymphangiomen vorkommt. Dejardin und Carter haben dann eine Anzahl Fälle beschrieben, deren Sitz am Scrotum, Penis und in der Inguinalgegend war. Es fanden sich in den Gegenden Bläschen, die, wenn sie platzten oder künstlich eröffnet wurden, einen Ausflufs von Lymphe gaben, der nicht gestillt werden konnte. Die Inguinalgegend und die Genitalien sind bei Männern häufiger der Sitz des Lymphangioma simplex oder der Lymphvarices, als bei Frauen.

Köbner hat schon in *Virchows Archiv* vom Jahre 1883 einen Fall an der Oberextremität veröffentlicht, wobei gleichzeitig Neurome bestanden, an deren Grenze überall Bläschen vorhanden waren. Vier Jahre später wurde der Patient nochmals untersucht, und es zeigte sich noch die gleiche Anzahl von Bläschen. Bei diesen Bläschen mufs man, besonders wenn sie an den Genitalien der Männer vorhanden sind, in bezug auf die Diagnose vorsichtig sein und dieselben wohl von Herpes und Ekzem unterscheiden, da man beim Eröffnen derselben sehr leicht beständigen Lymphabflufs erhalten kann. Der hierzu vorgestellte Patient ist 23 Jahre alt, vollkommen gesund, hat vor allen Dingen kein Leiden der Cirkulationsorgane oder der Venen. Er kam wegen einer Sklerose an der rechten Seite der Glans in die Behandlung des Vortragenden, wobei sich ein indurierter Bubo auf der linken Seite der Inguinalgegend zeigte. Bei der Untersuchung wurde nur am Penis eine Blase konstatiert, die der Patient in seinem 13. Lebensjahre zuerst beobachtet haben will; ob dieselbe

schon früher bestanden habe, weiſs er nicht. Die Blase befindet sich auf der linken Seite des Penis und zwar 4 cm hinter der Corona glandis; dieselbe ist 2 mm hoch und miſst 3 mm an der Basis. Dieselbe wird von 2 Lymphgefäſsen, wie man deutlich sehen kann, einem breiteren und einem dünneren, gespeist. Um die Kommunikation mit den Lymphgefäſsen zu beweisen, braucht man nur auf das breitere zu drücken, dann füllt sich die Blase stärker. Streicht man in centrifugaler Richtung, dann schwindet die Blase; dieselbe füllt sich aber sofort wieder, wenn der Druck aufhört. Man kann in diesem Falle sogar die 2 cm unter der Blase befindliche Klappe des Lymphgefäſses konstatieren, ebenso befindet sich eine solche oberhalb der Blase.

Diskussion: Herr Blaschko meint, daſs man diese Affektionen Lymphvarices nennen müsse, da sie eigentlich keine Geschwülste sind; die echten Geschwülste sind multipel und rühren von allgemeinen Ursachen her.

Herr Köbner ist mit der Nomenklatur einverstanden, doch glaubt er nicht, daſs die Lymphangiomata cavernosa durch allgemeine Ursachen bedingt sind.

Herr Pulvermacher fragt, ob man nicht durch Unterbindung des zu- und abführenden Lymphgefäſses die Sache heilen könne, da beim Coitus der Varix doch einmal leicht platzen könne.

Herr Köbner erwidert, daſs man nicht wissen könne, welche Kommunikation mit den tiefer gelegenen Lymphgefäſsen bestehe, so daſs eine Unterbindung aussichtslos wäre.

Herr Köbner stellt ein Kind mit **Favus des Kopfes und des linken vierten Fingernagels** vor. Merkwürdig ist es in diesem Falle, daſs nur der eine Fingernagel befallen ist. Mikroskopisch findet man bei der Affektion des Nagels die Konidien und Mycelfäden. Am Nagel ist schon ein Stück nachgewachsen.

Herr Köbner: **Demonstration eines Präparates von Mandurafuſs aus Italien.** Der erste Fall von Pes Mandurae, der auſserhalb Indiens vorgekommen ist, wurde auf der chirurgischen Klinik des Prof. Bassius in Padua beobachtet. Die Krankheit ist identisch mit dem Fungusfuth of India und wird nur nach der Landschaft Mandura, wo die meisten Fälle vorkommen, Pes Mandurae genannt. Carter nennt das Leiden Mycetoma pedis. Der Vortragende hat von Prof. Campana in Genua, dem Bassius Präparate zur näheren Untersuchung übergab, ein Präparat erhalten. Was den Fall selbst betrifft, so betraf er einen 45jährigen Patienten in der Umgegend von Padua, der sich im Jahre 1885 mit einer Mistgabel eine Verletzung am Fuſs zuzog. Der Patient hat niemals seine Gegend verlassen. Nach der Verletzung entstand an der Stelle eine Rötung mit Anschwellung, die schmerzhaft war; später griff die Schwellung tiefer und erstreckte sich bis auf den Knochen, wie in allen beschriebenen Fällen von Pes Mandurae. Auf der Oberfläche entstehen dann dunkle Knötchen, aus denen sich dunkle Körperchen entleeren, die eine teils graue, teils schwarze Farbe haben. Das Leiden endigt, da es zur Verjauchung und Zerstörung der Weichteile und Knochen führt, unter chronischem Marasmus oder Diarrhöen mit dem Tode. Ausschneiden mit Auslöffelung der kranken Partien hilft nichts, sondern nur die Amputation kann den Patienten vom Tode retten.

Das mikroskopische Präparat zeigt die Pilzkolonien der Hyphomyceten, welche nach allen Richtungen wachsen und das junge Granulationsgewebe verdrängen. Köbner meint, daſs nur Mucorarten dieselben Formen zeigen; bei Aktinomyces sind die Formen ganz anders, und haben letztere mit den ersteren nichts gemein.

J. Hoffmann-Berlin.

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

(Nach *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.*)

22. Sitzung.

d'Heilly stellt **Syphilis hereditaria tarda** vor. Ein 14jähriges Mädchen, das verschiedene für die bezeichnete Affektion als charakteristisch angesehene Zeichen darbietet. — Anamnestisch ist der Fall lückenhaft, Vater nicht zur Untersuchung zu haben, Mutter und zwei Geschwister gesund und ohne Zeichen von Syphilis.

Vom neunten Jahre ab entwickelten sich die jetzt bestehenden Veränderungen: Zerstörung des Zäpfchens, des harten und weichen Gaumens, Einsinken der Nase, die charakteristischen Veränderungen an den Alveolen und Zähnen, säbelförmige Verunstaltung der Tibia. Außerdem heftige, lancinierende Knochenschmerzen. Enorme Vergrößerung der Leber. Das Kind ist in der Entwickelung zurückgeblieben.

Fournier bestätigt die Diagnose, an der kein Zweifel bestehen könne.

Hallopeau stellt einen Fall von **Pityriasis rubra pilaris** vor. Anfang vor 5 Monaten am Halse; jetzt sind Hals, Rumpf und obere Teile der Oberschenkel befallen; auch die oberen Extremitäten sind nicht frei. An den Armen sind besonders die Streckseiten befallen, ebenso Rückenfläche der Hand und des Daumens.

Am Halse stehen die kleinen, stecknadelkopfgroßen Hervorragungen am dichtesten, etwa 10 auf einem Quadratcentimeter. Einige von diesen Coni haben keine Farbendifferenz zur umliegenden Haut, andere sind von weißen Epidermiskegelchen überragt, die ein Härchen einschließen; an anderen zeigt sich ein centraler, schwarzer Punkt, und auf Druck entleeren sie einen Komedo. Die Grenze der behaarten Kopfhaut scheint die Affektion nicht zu überschreiten. An den Händen besteht leichte Abschilferung und eine gewisse Rauheit der Haut.

In der Diskussion betont Vidal die Richtigkeit der Diagnose und wundert sich, daß in Wien so häufig Lichen scrophulosorum gesehen wird, während die Diagnose in Frankreich nicht gestellt wird. Ob vielleicht derartige Fälle dahin gehören? Er glaubt, daß das seborrhoische Ekzem Unnas bei skrofulösen Kindern, das Ekzema flanellaire der Pariser, dieselbe Affektion sei, wie Lichen scrophulosorum. Jedenfalls sei der vorgestellte Fall kein Lichen.

Vidal stellt ein **akutes Epitheliom mit außerordentlich rapidem Verlauf im Gesicht** vor. Ein Fall von einem sehr schnell entwickelten Epitheliom der Oberlippe, Wange, mit Perforation in die rechte Oberkieferhöhle; der Mund ist durch die Infiltration schweinsrüsselartig verunstaltet. — In der Diskussion glaubt Fournier, es könne sich um Syphilis handeln. Vidal schließt dies sowohl wie Rhinosklerom aus. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose.

Lupus erythematosus sive tuberculosus der Unterlippe, von Feulard vorgestellt. Es handelt sich um den in der vorigen Sitzung schon erwähnten Fall. Vidal, der in der vorhergehenden Sitzung verhindert war, ergreift zu diesem Falle das Wort. Er sieht ein kleines Knötchen, ein „Tuberculome au début.“ Außerdem ist der Lupus erythematosus nicht tuberkulöser Natur. [Es muß aber hier wieder bemerkt werden: was die französische Schule „Lupus érythémateux“ nennt, ist unser Lupus vulgaris — nicht das „Ulerythema centrifugum“. Ref.]

Vidal stellt einen Patienten mit **Dermatitis herpetiformis** Duhring vor. Vor 2½ Jahren haben bei dem damals 57 Jahre alten Patienten die stark juckenden, polymorphen, in anfallsweisen Nachschüben auftretenden Affektionen begonnen.

Zwischen den einzelnen „pousseés" sind ganz freie Intervalle nicht vorhanden gewesen, da ein gewisses Jucken und einzelne Efflorescenzen stets vorhanden waren. Die Einzelheiten der nichts Besonderes bietenden Krankengeschichte siehe im Text.

Besnier ist der Ansicht, daſs Bazin die Diagnose auf Hydroa bulleux gestellt haben würde, besonders der vielen einfachen Blasen wegen, ohne peripheres Erythem.

Quinquaud reklamiert den Fall für die gleiche Diagnose und betont Bazins Verdienste für diese Krankheitgruppe.

Brocq hält den Fall für einen Typus der Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives.

Hallopeau stellt einen Fall von **Syphilis mutilans des Gesichtes** mit vollständiger Spaltung („Bifidität") der Nase vor.

„Die unteren zwei Drittel der Nase sind vollständig in zwei Teile gespalten, durch einen Substanzverlust, der die Bedeckung in ihrer ganzen Dicke betrifft, die knorpelige Nasenscheidewand inbegriffen. Beim Inspizieren machen die zwar aneinanderliegenden, aber wie eine Doggenschnauze gespaltenen Nasenflügel eine deutlich sichtbare Exkursion; ebenso ist die Lippe gespalten.

Perforation des Gaumens ist schon vor 2 Jahren eingetreten bei dem 23jährigen Patienten (in Tonkin). Er leugnet jeden Primäraffekt. — Fournier meint, Heredität sei nicht unbedingt auszuschlieſsen. Er hat bislang noch nie eine derartige Zweiteilung der Nase beobachtet. (Der Fall ist im Museum Baretta.)

23. Sitzung.

Fournier stellt einen Fall von **Pityriasis rosé** de Gibert vor. In einem anderen Spital war die Diagnose auf Lues gestellt. Der Sitz ist ungewöhnlich, nicht am Rumpf, sondern am linken Vorderarme; man sieht dort ein groſses Medaillon, umgeben von kleineren Kreisen jüngeren Datums; das groſse Medaillon ist die „plaques primitive". An der Lendengegend ist ein neuer Plaque im Entstehen begriffen.

Vidal und Fournier teilen beide mit, daſs sie diagnostisch Pityriasis rosé Gibert mit Syphilis verwechselt; nur das Auffinden charakteristischer Medaillons hat n den Fällen die Diagnose gesichert.

Wickham stellt einen Fall vor, in dem die Diagnose zwischen **Pityriasis rosé** Gibert und **Pityriasis rubra pilaris** schwankt; das Bild ist durch eine Merkurialdermatitis getrübt. In einer Schluſsbemerkung deutet W. an, daſs wahrscheinlich beide Diagnosen nicht richtig seien, und daſs er demnächst ausführlich auf den Fall zurückkommen werde. Wir lassen deshalb die Details hier fort.

Hallopeau stellt einen Fall von **Sarcomatosis cutis** vor, der sich konsekutiv nach einem Drüsensarkom entwickelt hat.

Vor 5 Jahren begann die Erkrankung mit Drüsentumoren in der Axilla, am Halse und in der Inguinalgegend, die spontan oder auf Jodkali zurückgingen; bald darauf Kopfschmerzen und bald darauf ein Tumor am Proc. mastoïdeus, der ebenfalls (vor 3 Jahren) auf Jodkali zurückgeht.

Gegenwärtig zeigt die 49jährige, anämische Kranke teilweise Schwellung des Gesichtes, kutane und subkutane Tumoren im Gesicht, Xanthelasma beider Lider und multiple Drüsentumoren.

[Nach unseren pathologisch-anatomischen Anschauungen ist eine so langsame Entwickelung eines Sarkoms kaum wahrscheinlich. Ref.]

FEULARD stellt eine Kranke wieder vor, die er im Januar mit „**Erythème induré** massif de la jambe gauche, érythème induré nodulaire de la jambe droite" vorgestellt hat. Das Erythem ist verschwunden, aber die Nodositäten sind bestehen geblieben. Im Laufe des Spitalaufenthaltes hat sich übrigens, wie F. in einer Anmerkung mitteilt, eine Ulceration eines Knotens eingestellt, die für seine tuberkulöse Natur beweisend ist.

HALLOPEAU sucht für das **Freibleiben der Zwischenringe bei koncentrischen Ringen der Trichophytie** eine physiologische Erklärung zu geben. Er hat bei der Psoriasis das Gleiche beobachtet und weist auf seine hierfür gegebene Erklärung hin. Die künstlichen Erytheme um die psoriatischen Plaques sollen dadurch entstehen, dafs die Plaques eine Wirkung auf das Gefäfsnetz der angrenzenden Partien ausüben dadurch, dafs sie auf reflektorischem Wege eine Reizung der Vaso-Konstriktoren veranlassen. Ahnlich denkt sich H. den Vorgang bei der Trichophytie — die betreffenden Hautpartien werden reflektorisch in einen für die Pilzentwickelung günstigen Zustand versetzt.

Aufserdem weist H. darauf hin, dafs die centralen Kreise durchaus nicht geheil sind, sondern dafs man in ihnen reichlich Sporen und Mycelien findet.

FOURNIER stellt eine Kranke mit Paralysis agitans vor, die von einer **Dermatitis bullosa** befallen ist.

Es handelt sich um eine seit 6 Monaten an alle 5—6 Tage in Nachschüben auftretenden Blaseneruptionen leidende Patientin. F. rechnet den Fall zu der Gruppe „mal déterminée et mal étiquettée" der Dermatitis herpetiformis DUHRING. dermatite polymorphe prurigineuse de BROCQ.

BROCQ sagt, die Ätiologie sei unbekannt, jedoch sei der Einflufs eines nervösen Temperaments oder eine Neuropathie nicht zu leugnen.

F. glaubt nun, dafs möglicherweise im vorliegenden Falle zwischen dem Haut leiden und dem Nervenleiden ein Kausalzusammenhang bestehe. Ähnliche Beobachtungen sind ihm nicht bekannt.

HALLOPEAU und BESNIER halten es für zufälliges Zusammentreffen.

DUHRING hat diesen Fall später gesehen und als einen typischen Fall von Dermatitis herpetiformis erklärt. *v. Düring-Konstantinopel.*

Besprechungen.

Dr. PAUL GÜTERBOCK, **Die Krankheiten der Harnröhre und der Prostata.** Leipzig u. Wien, FRANZ DEUTICKE. 1890.

Das vorliegende Buch ist der erste, die Harnröhre und die Prostata umfassende Teil des ersten Bandes eines Werkes, welches der erste Versuch einer vollständigen Darstellung der chirurgischen Krankheiten der Harn- und männlichen Geschlechtsrgane in deutscher Sprache werden soll, ein erster Versuch, da unserer Litteratur ein solches, dieses ganze grofse Gebiet umfassendes und objektiv darstellendes Werk fehlt.

Dem Titel entsprechend zerfällt dieser erste Teil in zwei Abschnitte, Krankheiten dor Harnröhre und Krankheiten der Prostata. Nachdem im ersten Kapitel des ersten Abschnittes zur Einleitung der Anatomie und Physiologie der Harnröhre, der Untersuchung derselben und dem Katheterismus, dessen Technik durch beigefügte

Abbildungen erläutert wird, sowie der neueren Lehre von der Endoskopie der Harnröhre und Blase Rechnung getragen worden ist, finden wir im zweiten Kapitel, Entzündung der Harnröhre, nach Erwähnung der verschiedenen Formen der Urethritis ohne typischen oder wenigstens selbständigen Verlauf eine vorzügliche Bearbeitung der akuten und chronischen Gonorrhöe. Das dritte Kapitel betrifft die Verletzungen der Harnröhre durch Schnitt und Stichwunden, durch Zerreifsungen und durch Schufswunden, im vierten bespricht Verf. die Harnröhrenverengerung, ihre Definition, Symptome, die Komplikationen und Folgezustände, Diagnose, Prognose und Behandlung, um dann im fünften Kapitel Urethrotomia interna und externa daran anzuschliefsen. Das sechste Kapitel ist den Geschwülsten der Harnröhre und dem Prolaps der weiblichen Harnröhre, das siebente der recht seltenen Harnröhrentuberkulose, das achte den nervösen Erkrankungen der Harnröhre gewidmet, worauf im neunten Kapitel die angeborenen Krankheiten derselben folgen. Die Betrachtung derselben geschieht nur vom praktischen Standpunkt aus, während Fragen von lediglich embryologischen Interesse, sowie Formen der Mifsbildung, welche nur teratologische Wichtigkeit besitzen, hier nur, soweit es dem Verf. zum allgemeinen Verständnis notwendig erscheint, erörtert werden. Er bespricht Mängel der männlichen Harnröhre, teilweise Obliteration derselben, angeborene Verengerungen und Erweiterungen, Hypospadie und Epispadie, angeborene Anomalien der äufseren Harnröhrenmündung, und fügt anhangsweise die relativ wenigen hierher gehörigen Thatsachen, welche die weibliche Harnröhre betreffen, an. Die Erkrankungen der Cowperschen Drüsen werden als zehntes Kapitel beigefügt.

Im zweiten Abschnitt, Krankheiten der Prostata, werden nach einleitenden Ausführungen über die Anatomie und Physiologie der Prostata, die angeborenen Krankheiten derselben, die Verletzungen, die akute und chronische Prostatitis und dann im fünften Kapitel das wichtige Gebiet der Hypertrophie der Prostata besprochen.

Verf. erwähnt hier auch bei den therapeutischen Mafsnahmen die zur Radikalkur vorgeschlagenen Operationen, namentlich die durch sectio alta vorzunehmende Excision des Mittellappens, mit der Kümmell gute Resultate erzielte, sieht aber mit Recht nur sehr fraglichen Nutzen in diesen zur direkten Beseitigung der Prostatahypertrophie gemachten Vorschlägen. Weitere Kapitel behandeln dann die Atrophie der Prostata, die von manchen Autoren für eine sehr seltene Krankheit gehaltene, thatsächlich jedoch unter den gleichwertigen Erkrankungen des Harn- und Geschlechtsapparates häufigere Prostatatuberkulose, die Cysten und endlich die Geschwülste der Prostata.

Der Vortrag ist klar und fliefsend und liest sich sehr angenehm; die Zeichnungen sind ebenfalls klar und gut wiedergegeben. Ein ausführliches Inhaltsverzeichnis erleichtert die Orientierung, leidet allerdings an Übersichtlichkeit durch die neben der Kapiteleinteilung herlaufende Paragraphenbezeichnung, die im Interesse der Stellung untereinander vielfach an die falsche Stelle gerückt ist.

Wenn es auch fraglich erscheint, ob es dem Verf. gelingen wird, bei möglichster Vollständigkeit den noch zu bewältigenden Stoff in den Rahmen eines Lehrbuches zu zwängen, so dürfen wir in seinem Werk nach dem vorliegenden Teil ein vorzügliches Nachschlagewerk erwarten, das den Kollegen zur Lektüre und Anschaffung angelegentlichst empfohlen werden kann. *Predöhl-Hamburg.*

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Mitteilungen aus den Kliniken zu Tübingen, Heidelberg, Zürich und Basel. IV. Band. Tübingen 1889. H. Laupp.

Von diesen Beiträgen liegt bereits der 4. Band in stattlicher Vollendung vor

uns. Er enthält gleich den vorhergehenden Bänden nur Originalien (25) und ist an lithographischen und chromolithographischen Tafeln reich ausgestattet.

Für den Dermatologen sind folgende Arbeiten von Interesse, auf die an anderer Stelle näher eingegangen wird.

1. Geschwülste der Brustdrüse, von C. B. Schmidt. (s. Bd. X. pag. 377.)
2. Über die Jodoformbehandlung tuberkulöser Abscesse, von P. Bruns.
3. Über Amputation des männlichen Gliedes und die Anwendung versenkter Etagennähte bei derselben, von H. Keller.
4. Über die Erfolge der Hauttransplantation nach Thiersch, von O. Nagel.
5. Über multiple symmetrische Xanthelasmen und Lipome, von J. Ehrmann (s. Referat Bd. X. pag. 141).
6. Beiträge zur Hautverpflanzung nach Thiersch, von C. Hübscher.
7. Zur elektrolytischen Behandlung der Angiome, von Th. Gessler. (s. Bd. X. pag. 241.)
8. Socins Zinkpastenverband, von W. v. Noorden.
9. Über die histologischen Vorgänge bei der Anheilung der Thierschschen Hauttransplantation von C. Garrè. (s. Bd. X. pag. 387.) *P. Taenzer-Leipzig.*

Procksch. **Die Litteratur über die venerischen Krankheiten,** von den ersten Schriften über Syphilis aus dem Ende des 15. Jahrhunderts bis zum Jahre 1889. Bd. I. Allgemeiner Teil. Bonn, Verlag von Hanstein. 1889.

Ein Referent ist selten in der Lage, über ein Buch zu berichten, welches ohne eine Vorrede des Verf.s in die Welt tritt. Das vorliegende hat eine solche in der That nicht nötig. Der Titel allein besagt, welch umfangreiches, schwieriges aber auch dankbares Unternehmen hier vorliegt. Der Name des Verf.s, unserer ersten Autorität auf dem Gebiete der Bibliographie der Syphilis, bürgt für die Treue und Vollständigkeit der litterarischen Angaben. Die Werke sind chronologisch und innerhalb eines einzelnen Jahres alphabetisch geordnet. Die vielgestaltigen Beziehungen der Syphilis zur Wissenschaft und zum Leben machen eine Unterabteilung des allgemeinen Teils in 20 Kapitel nötig; wir sind gewifs dem Autor dankbar, dafs er die Unterabteilung ein wenig weit getrieben hat, und würden dieses auch für den speziellen Teil wünschen, um das Nachschlagen zu erleichtern. Besonders inhaltreiche Kapitel dieses Teils sind: eines über Traktate, Handbücher, Lehrbücher, Kompendien, über Kontagienlehre, über Ansteckungswege und über Therapie. Von hervorragendem Interesse sind die Kapitel: Gedichte, Geographie und historische Zeugen und Dokumente. Was man in andern Kapiteln vergeblich sucht, wird man in dem langen und nicht scharf begrenzbaren Kapitel: „Artikel“ finden. Jeder wissenschaftliche Syphiligraph mufs das Procksch'sche Werk besitzen; es ist zugleich die notwendige Ergänzung zu dem jetzt jährlich erscheinenden *Index bibliographicus syphilidologiae* von Szadek (Hamburg, Leopold Voss). *Unna.*

Dr. Reinhold Diesing. **Beitrag zur Kenntnis der Haarbalgmuskeln,** Stuttgart, Ferd. Enke.

Nach der historischen Einleitung und der Darlegung der befolgten Methode folgen die Resultate der Untersuchung, welche D. an den Haaren der Kopfhaut und des Bartes angestellt hat. Die Haupthaare werden in kurze, d. h. während ihres

ganzen Verlaufes im Corium befindliche, und lange, d. h. bis in das subkutane Gewebe reichende, eingeteilt. Die Haarbälge stehen in Gruppen, zumeist drei in einer Gruppe; an der Grenze zwischen Cutis und Epidermis liegen die Haarquerschnitte bereits in einem gemeinsamen, aus der Vereinigung der vorherigen gebildeten Haarbalge. Die Haare einer Gruppe konvergieren also gegen die Oberfläche. Die Talgdrüsen der einzelstehenden Haare können auf einer Seite anliegen, oder halbkreis- bis kreisförmig das Haar umschliefsen, oder es kann auch von beiden Seiten je eine Drüse an das Haar herantreten. Bei den Haargruppen richtet sich die Gröfse der Talgdrüsen nach dem Raume, welcher zwischen den Haaren übrig gelassen wird; sie finden sich immer auf jener Seite der Haare, auf welcher auch die Muskeln vorkommen. Den Insertionsstellen der Muskeln am Haarbalge entsprechend finden wir finger- oder kolbenförmige Fortsätze der Stachelschicht des Haarbalges. Bei zweihaarigen Gruppen kann das untere Muskelende mit je einem Kopfe an jedes Haar herantreten, oder es hat einen Kopf, welcher sich mit den verschmolzenen Faserhäuten beider Haare verbindet. Das Mittelstück des Muskels kann von der Talgdrüse muldenförmig eingedrückt werden, ja die Talgdrüse kann sogar durch dasselbe durchgetreten sein. Bei Gruppen von drei Haaren gehen die Muskeln in verschiedener Höhe vom Balge ab, wodurch die Talgdrüsen besser umfangen werden. Das Mittelstück kann auch hier eine Mulde für die Drüse bilden. Das obere Ende des Muskels zerfällt in mehrere (bis 5) Zweige, welche platt sind und sich bis in die obersten Coriumschichten verfolgen lassen. Zuweilen zweigen sich kleine Bündel vom Muskel ab, um sich zur Knäueldrüse zu begeben. Muskeln, welche sich nicht an den Haarbalg ansetzen (Neumann), hat D. hier nicht gefunden. Die kurzen Barthaare weichen darin von den kurzen Kopfhaaren ab, dafs sie auch Talgdrüsen, die stärkeren ihren eigenen Muskel besitzen. Die langen Haare des Bartes besitzen grofse Talgdrüsen, deren Gang sich in mehrere Äste teilt, welchen erst die Acini anhängen; die letzteren umgeben ringförmig das Haar, welches in diesem Ringe excentrisch steht. Manchmal münden zwei Ausführungsgänge in den Haarbalg. Da die Haare hier isoliert stehen, ist das untere Ende des Muskels einfach, das obere Ende ist geteilt. Der Muskel ist hier schwächer entwickelt; hier leisten die mimischen Muskeln Dienste bei der Entleerung der Drüsen. Dort, wo quergestreifte Muskeln in die Haut ausstrahlen (hauptsächlich am Knie), fehlen die Arrectores gänzlich. Die Haarbalgmuskeln sind arrectores pili und expressores sebi. Sie heben jedoch nicht, wie Hesse glaubt, das Haar empor. Dies könnten sie nur, wenn ihre obere Insertionsstelle unnachgiebig wäre. So aber wird im Gegenteil auf die oberen Partien des Corium und mit diesen auf die Mündungsstelle des nächsten Haares ein Zug ausgeübt, welcher die letztere in entgegengesetzter Richtung bewegt, als die ist, in welcher das untere Ende des Haares durch seinen eigenen Muskel bewegt wird. Jeder Muskel wirkt daher mit seinem unteren Ende auf sein Haar oder seine Haargruppe direkt und indirekt als Coadjutor des nächsten Muskels mit seinem oberen Ende auf ein benachbartes Haar oder eine Haargruppe. *Török-Hamburg.*

Heinrich Kupferberg. **Ein Beitrag zur Kenntnis der Hautreflexe bei Nervengesunden.** Inaugural-Dissertation. Freiburg 1889.

K. untersuchte die Hautreflexe bei Nervengesunden auf die Gröfse und Art der Schwankungen, des weiteren, wie grofs individuelle Schwankungen bei verschiedenen äufseren oder inneren Anlässen werden können, wie häufig und wie grofs Differenzen auf der linken und rechten Körperhälfte sind, wie häufig sie sehr stark, wie häufig

sie sehr schwach sind, wie häufig sie ein- oder beiderseitig fehlen etc., um zu erfahren, was bei den Hautreflexen pathologisch ist. K. fand, dafs die Hautreflexe schon bei Nervengesunden ungemein grofse Differenzen und Schwankungen zeigen, dafs ihnen daher bei Nervenfällen nur in sehr beschränktem Mafse Gewicht beizulegen ist. Nähere Details sind im Originale nachzulesen. *Török-Hamburg.*

Rudolph Mann. **Drei Fälle von Vitiligo im Zusammenhang mit nervösen Erscheinungen.** Inaugural-Dissertation. Strafsburg 1889.

Nach einer historischen Übersicht der hierher gehörigen Fälle geht M. zur Mitteilung der eigenen Beobachtungen über.

Im ersten Falle handelt es sich um eine 12jährige Patientin, bei welcher im Anschlusse an heftige Kopfschmerzen, welche täglich in häufigen Anfällen auftraten, 8 Tage nach Beginn derselben pigmentlose Flecke sich entwickelten. Ein Jahr nach Beginn der Erkrankung finden sich die letzteren symmetrisch und in verschiedener Gröfse und Form über den ganzen Körper zerstreut. Patientin ist in leichtem Grade hysterisch. Beim zweiten Falle entwickelte sich auf der Haut einer 36 Jahre alten Frau, welche an anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen und neuralgischen Schmerzen der linken Gesichtshälfte leidet, etwas rosenfarbene, von in geringem Grade stärker pigmentierter Nachbarschaft umsäumte Flecke an den Handrücken, des weiteren dem unteren Drittel beider Radii entsprechend, zu beiden Seiten des Halses, unterhalb des Processus mastoideus und an den unteren Augenlidern. Dabei bestehen Parästhesien und Krampfzustände an den Händen; an der zweiten Phalange des vierten Fingers der linken Hand eine anästhetische Stelle, in den linken Arm ausstrahlende Schmerzen, Schmerzhaftigkeit des Nervus medianus auf Druck. Der dritte Fall betrifft eine 26jährige Patientin. Sie leidet seit 5 Jahren an heftigen stechenden Kopfschmerzen. Die weifsen Flecke entwickelten sich 2 Monate nach Auftreten der Kopfschmerzen und vergröfserten sich allmählich. Seit 2 Jahren wachsen sie nicht, und auch die Kopfschmerzen haben seit dieser Zeit an Heftigkeit nachgelassen. Die Lokalisation der Flecke ist streng symmetrisch.

Török-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie der Haut.

Über eigentümliche Fasern in der Epidermis und im Epithel gewisser Schleimhäute des Menschen, von K. Herxheimer. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. No. 5.) Beim Färben von in Alkohol gehärteten Hautschnitten mit der Weigertschen Fibrinmethode fand H. in den beiden untersten Zelllagen des Epithels tiefblau gefärbte, spiralig gewundene Fasern, die sich zwischen je zwei Epithelzellen bis zur nächsten Zelllage hindurchschlängeln. Dort werden sie entweder unsichtbar oder vereinigen sich mit den zunächst gelegenen Parallelfasern, um dann vereinigt zwischen zwei Epithelien der nächsten Schicht weiter zu verlaufen und sich bei der nächsten Schicht wieder zu gabeln oder unsichtbar zu werden. Diese Fasern sind häufig auch in der ganzen Stachelschicht und an normaler Zungenschleimhaut zu finden, sind solid (keine Röhrengebilde), mit elastischen Fasern nicht zu verwechseln.

Ebensowenig sind es Zellkonturen oder Parasiten. Am nächsten läge die Verwechselung mit Nervenendfäden oder die Annahme eines besonderen Saftbahnsystems. Das müssen natürlich erst weitere Untersuchungen zeigen, die wir in allernächster Zeit zu erwarten haben. *P. Taenzer-Leipzig.*

Pharmakologisches.

Ein Beitrag zur Herstellung der Hebrasalbe, von Dr. GOLDMANN in Elberfeld. (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 1.) Wegen der nach einiger Zeit auftretenden Ranzidität der Hebrasalbe schlägt G. folgende Vorschrift vor:

100 Tle. frisch gefälltes gepreſstes Bleioleat werden mit 15,3 Tln. flüssigen Paraffins gemischt.

Für die Herstellung mögen folgende Zahlen angeführt werden:

a. Plumb. acet. 100 Tle. gelöst in Aq. destill. fervid. 500 Tln., filtriere und mische mit einer warmen und filtrierten Lösung von Sapon. venet. (Marseiller Seife) 150 Tle. in Aq. destill. 750 Tle. Durch Malaxieren unter warmem destillierten Wasser wird die überschüssige Bleilösung und das restierende Wasser durch starken Druck einer Presse entfernt; 52 Tle. davon werden auf dem Wasserbade mit 8 Tln. Paraffin liquid. in einer Porzellanschale geschmolzen und bis zum Erkalten gemischt. S. Bleioleat.

b. 60 Tle. Bleioleat mit 40 Tln. Lanolin. puris. geben die Hebrasalbe. Dieselbe ist gelbweiſs.

a. u. b. sind nach den Erfahrungen G.s 4 Monate lang haltbar.

L. Hoffmann-Berlin.

Über die Häufigkeit unangenehmer Nebenwirkungen verschiedener Merkurialien, von STREFFER. (Inaug.-Dissert. Würzburg 1890.) Auf Anregung des Referenten hat STR. an dem Material der Syphilido-Klinik in Würzburg die verschiedenen Quecksilberpräparate auf ihre unangenehmen Nebenwirkungen hin verglichen, mit völliger Beiseitelassung der Frage nach ihrer Energie gegenüber dem syphilitischen Virus, ebenso werden auch die rein lokalen Nebenerscheinungen unberücksichtigt gelassen. Die Untersuchungen stützen sich auf 453 Fälle, von denen ausführlichere Krankengeschichten vorlagen. Von diesen Fällen betrafen 20 das Kindesalter, das einer besonderen Besprechung unterzogen wurde.

Von den 433 erwachsenen Patienten blieben 231 = 53,3 % von unangenehmen Nebenerscheinungen verschont, während an Stomatitis erkrankten 174 = 40,2 %, darunter jedoch nur 49 = 11,3 % an schwereren Formen. Von seiten des Magen-Darmkanals kamen, abgesehen von anderweitigen Verdauungsstörungen, vor: Diarrhöen bei 34 Fällen = 7,9 %, zweimal handelte es sich um blutige Stühle. Affektionen der äuſseren Haut traten nur 4 mal auf. Bei den Kindern wurden unangenehme Nebenwirkungen verhältnismäſsig viel seltener beobachtet als bei Erwachsenen. Die interessanten Ergebnisse der Berechnung der unangenehmen Nebenerscheinungen auf die einzelnen Quecksilberpräparate resp. Applikationsmethoden sind im Originale nachzulesen. *Seifert-Würzburg.*

Über ein neues Fiebermittel, von Prof. Dr. KOBERT. (*Deutsche med. Wochenschrift.* No. 2. 1890.) Auſser den bereits bekannten Derivaten des Phenylhydracins hat Verf. noch weitere Derivate desselben in den Kreis seiner Untersuchungen gezogen, bei denen der giftige Phenylkomplex in einen ungiftigeren umgewandelt

worden ist. In dem ersten der hierzu verwandten Präparate ist das Hydracin gebunden an die nur sehr wenig giftige Paraoxybenzoesäure und kann als Orthohydracin-Paraoxybenzoesäure, oder schlechtweg als Orthin bezeichnet werden. Das freie Orthin ist ein ungemein zersetzlicher Körper, welcher sowohl in Lösung als in Substanz sich schnell in eine humusartige, ganz unwirksame Substanz umwandelt. Das salzsaure Orthin dagegen hält sich, namentlich falls die Säure im Überschufs vorhanden ist, als eine weifse Masse scheinbar Monate lang unzersetzt. Die Lösung desselben freilich verdirbt am Lichte schon binnen wenigen Tagen und wird dabei braunschwarz. Die frisch dargestellte, wässerige Lösung des salzsauren Orthins ist farblos und besitzt eine enorm starke Reduktionsfähigkeit für die Oxydsalze der schweren Metalle, so dafs z. B. FEHLINGsche Lösung davon schon in der Kälte momentan gerötet wird. Am Schlufs seiner Untersuchungen sagt der Verf.: Sollte sich das Mittel auch nicht als Fiebermittel brauchbar erweisen, so mufs es doch bei allen jenen Hautkrankheiten, wo wir die Keratoplastica anwenden, und namentlich bei der Lepra innerlich und äufserlich von gröfster Bedeutung sein.

L. Hoffmann-Berlin.

Cirkulationsstörungen.

Exanthem nach dem Gebrauch von Rhabarber, von Dr. H. GOLDENBERG. (*New York Med. Journ.* Dezbr. 14. 1889.) Ein 64jähriger Seemann, der an verschiedenen Affektionen, unter anderm auch an Nephritis, litt, wurde plötzlich von einer Hautkrankheit befallen, die zuerst dem Gebrauche von Natrium salicylicum, wovon er grofse Dosen genommen hatte, zugeschrieben wurde. Der Ausschlag war symmetrisch, beschränkt auf Gesicht und Hände, nämlich auf die mittleren und äufseren Teile der Backen und die Ober- und Unterfläche der Hände und teilweise der Finger. Er bestand aus verschieden grofsen, braunroten Papeln und Knoten (der gröfste safs auf der Backe unterhalb des Auges und war 3 cm breit und 2 cm hoch); die Basis war rot, infiltriert. Sie entwickelten sich in kurzer Zeit zu Pusteln, bedeckten sich mit Krusten, nach deren Entfernung sich eine blutige, ulceröse Fläche zeigte. Der Ausschlag verschwand mit Hinterlassung von bläulichen Flecken ohne Narben im Verlaufe von einigen Wochen. Trotz fortgesetzten Salicylgebrauches erschien die Affektion nicht wieder. Zu dieser Zeit wurde die Aufmerksamkeit des Verf. auf einen von SITTEN vorgestellten Fall von pemphigoidem Exanthem nach Einreibung von Rhabarber hingelenkt, und es stellte sich nun heraus, dafs der Patient des Verf.s vor dem Auftreten jenes Ausschlages wegen Obstipation eine Rhabarber enthaltende Mixtur eingenommen hatte. Experimenti causa bekam Pat. ein Rheumpräparat (4 g Rheum), am Morgen erwachte derselbe mit Brennen im Gesicht, welches ebenso wie die Hände mit einem dem oben beschriebenen analogen Ausschlage bedeckt war. Rheum wurde ausgesetzt, und die Affektion war im Verschwinden begriffen, als durch ein Versehen Pat. wieder Rheum einnahm, wodurch eine Exacerbation hervorgerufen wurde.

[Es ist bedauerlich, dafs eine so seltene Idiosynkrasie nicht genauer auf die Bestandteile des Rheumpräparates hin geprüft worden ist. Ref.]

Pollitzer-Hamburg.

Über akutes umschriebenes Hautödem, von Dr. M. JOSEPH in Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 4 u. 5. 1890.) Bei einem 5jährigen Knaben kam regelmäfsig am Gesicht und an den Händen, also an den von der Kleidung nicht bedeckten Hautstellen, bei rauher Luft ein akutes Hautödem zustande. Das Kind zeigte Er-

scheinungen abnormer Gefäfsinnervation und war sehr leicht zu Erkältungen geneigt. Im Gefolge dieser Hautschwellungen kam es mitunter, im ganzen bis jetzt 5 mal, zu typischen Anfällen von paroxysmaler Hämoglobinurie. Das Allgemeinbefinden war nur ganz vorübergehend alteriert. Was den Zusammenhang zwischen dem akuten, umschriebenen Hautödem und der paroxysmalen Hämoglobinurie betrifft, so glaubt J., dafs in den Ödemen der Haut infolge der Kälteeinwirkung ein Zerfall der roten Blutkörperchen und durch die Niere nur die Ausscheidung des Hämoglobins stattgefunden habe.

Ein 20jähriger Patient, bei dem sich vor 8 Jahren infolge eines Traumas eine Commotio cerebri einstellte, litt seit 2 Jahren an den allmählich zunehmenden Erscheinungen des Morbus Basedowii. Vor 6 Jahren zeigten sich zum ersten Male akute Hautödeme mit Urticaria. Während aber die Urticariaeruptionen sich unregelmäfsig über den ganzen Körper ausbreiteten und oft auch am behaarten Kopfe auftraten, erschienen die akuten Hautödeme nur an den Händen und Füfsen, an den Lippen, und einige Male auch an der Zunge. Die Quaddeln juckten, während an den von den Ödemen befallenen Teilen eher das Gefühl des Taubseins bestand. Aufserdem empfand der Patient hier eine starke Spannung. Während die Oberfläche über den Quaddeleruptionen gerötet war, unterschied sie sich an den angeschwollenen Hautpartien in nichts von der Umgebung. Die Affektion trat im Sommer auf, liefs aber keine bestimmte Ursache nachweisen, da manchmal selbst Monate vergingen, ohne dafs dieselbe sich zeigte.

Der dritte Fall betraf einen 37jährigen Maschinenwärter, bei dem die Hautödeme infolge starken Alkoholgenusses auftraten. Mehrere Male sind selbst Ödeme der Zunge beobachtet worden.

In bezug auf die Pathogenese des akuten Hautödems bezieht sich Verf. auf die Heidenhainschen Versuche und glaubt, dafs durch den nervösen Einflufs auf die Kapillarzellen direkt ohne jede Beteiligung der Arterien oder Venen eine Veränderung der Lymphsekretion zustande kommt, welche das Ödem veranlafst.

L. Hoffmann-Berlin.

Über den Zusammenhang von Genitalleiden mit Hautaffektionen, von E. Frank. (*Prager medic. Wochenschr.* 1890. No. 6.) Im Verein deutscher Ärzte in Prag berichtete Frank über einen Fall von Urticaria chronica, kompliziert mit doppelseitiger Oophoritis und Salpingitis. Nach vorgenommener Salpingotomie blieb Patientin von recidivierender Urticaria vollkommen frei. Hierin sieht der Vortragende eine Bestätigung der Annahme, dafs die Urticaria eine Angioneurose sei. Der Zusammenhang dieser mit der Genitalaffektion ist durch die klinischen Erscheinungen klar: gleichzeitiger Beginn beider Leiden, Steigerung der Eruptionen zur Zeit der Menses, Verschwinden der Hauterkrankung nach Heilung des Genitalleidens. *Leistikow-Hamburg.*

Einfache Entzündungen.

Zwei Fälle von schweren symmetrischen Panaritien auf trophoneurotischer Grundlage, von Dr. Armand Hückel. (*Münchener med. Wochenschr.* 1889. No. 27 u. 28.) Es handelt sich in den beiden von H. publizierten Fällen um ein chronisches Nervenleiden mit symmetrisch auftretenden, sich oft wiederholenden Geschwürsbildungen an den Fingern beider Hände, welche schliefslich zu Nekrose der

Fingerknochen und Verlust ganzer Fingerglieder führen. Daneben geht einher Analgesie und Anästhesie der Hände, beziehungsweise der Vorder- und Oberarme. Weniger ausgesprochen sind Atrophien einzelner Muskeln und paretische Erscheinungen. In einem Falle waren auch neuralgische Schmerzen vorhanden; auch bestanden zeitweise Schmerzen im Nacken. Flecke und Knoten auf der Haut fehlen in beiden Fällen. Die Diagnose H.s lautet auf Neuritis, und die Ursache ist mit grofser Wahrscheinlichkeit im Halsteil des Wirbelkanals zu suchen. Ein Ähnliches gilt von den übrigen, im Artikel H.s kurz referierten und besprochenen entsprechenden Fällen der Litteratur. Die Neuritis führte in beiden Fällen H.s zu denselben Störungen, an deren Spitze die Anästhesie und „trophoneurotische Prozesse“ stehen. [Es ist zu bemerken, dafs die Deutung der geschwürigen und nekrotischen Veränderungen an den Fingern als trophoneurotische Prozesse viel zu wenig begründet ist. Die Annahme, dafs die Analgesie und Anästhesie allein den Grund für dieselben geliefert habe, indem dadurch das Vermeiden des wiederholten Einwirkens äufserer Schädlichkeiten unmöglich wurde, scheint uns vollkommen zulässig. Ref.][1] *Török-Hamburg.*

Epidemie von Pemphigus neonatorum, von Dr. Kilham. (*Amer. Journ. Obstet.* Oktober 1889. pag. 1039.) In einer Gebäranstalt in New-York wurde bald nach der Eröffnung im Herbst 1888 das zuerst geborene Kind von einer Krankheit befallen, welche aus Bläschen und Blasen auf den Beinen und dem Unterleib bestand. Das Kind blieb im übrigen gesund, und ohne Behandlung verging der Ausschlag im Verlaufe von 3 Wochen. Während des folgenden Monats wurden von den 11 daselbst geborenen Kindern 8 von derselben Krankheit ergriffen. Der Ausschlag trat am dritten oder vierten Tage nach der Geburt auf, mit Ausnahme von einem Kinde, das schon am zweiten Tage erkrankte. Der Verlauf war stets derselbe. Bläschen und Blasen entstanden sehr schnell, waren stecknadelkopf- bis zehnpfennigstückgrofs, auf runder oder ovaler, geröteter Basis. Der Inhalt war zuerst klar, wurde am zweiten Tage eiterig und trocknete ein, wenn nicht durch äufsere Ursachen die Decke entfernt worden war. Jeder Ausbruch von Blasen bestand einige Stunden bis 2 Tage, worauf ein neuer folgte. Alle Körpergegenden wurden befallen, aber stets mit Ausnahme von Palma und Planta; die innere Seite des Oberschenkels und der Unterleib schienen jedoch bevorzugt zu werden. In keinem Falle war das Allgemeinbefinden gestört: keine Temperaturerhöhung, keine Gewichtsabnahme. Ein Neugeborenes welches wegen eiteriger Conjunctivitis isoliert war, entging dieser Erkrankung. Ein aus anderer Ursache isoliertes Kind hatte nur eine einzige Blase. Zwei, welche nicht isoliert waren, wurden trotzdem nicht befallen. Die Epidemie starb allmählich aus im Laufe einiger Monate, und kein Fall hat sich seit jener Zeit wieder im Hospital gezeigt. — Es ist zu bemerken, was die Diagnose betrifft, erstens dafs Verbrühung ausgeschlossen war; zweitens dafs Syphilis nicht vorlag, weil Handfläche und Fufssohle stets frei war, kein sonstiges Symptom sich zeigte und die Affektion ohne jegliche Therapie verschwand. Pilze wurden im Blaseninhalt nicht gefunden.

Pollitzer-Hamburg.

[1] Sollte es sich hier nicht um die Morvansche Krankheit gehandelt haben? S. Referat Bd. IX. pag. 35. D. R.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Spiritus Aetheris nitrosi als lokales Mittel gegen Ekzema impetiginosum, von Dr. W. H. Sullivan. (*Cincinnati Lancet-Clinic.*) Verf., der selbst der Patient war, bemerkte, daſs eine bedeutende Besserung seiner an Ekzema impetiginosum erkrankten Hände eintrat, nachdem sie durch Zufall mit dem oben genannten Mittel in Berührung gekommen waren. Es wurde mit Umschlägen fortgefahren, und nach 3 Wochen war die Affektion völlig verschwunden. *Leviseur-New York.*

Hydroxylamin in der Behandlung der Psoriasis, von G. T. Jackson. (*New York Med. Journal.* 12. Oktbr. 1889.) Das Mittel reizt nicht so viel wie Pyrogallol oder Chrysarobin, es ist billig, hinterläſst keine Flecke und wirkt dabei doch ebenso schnell wie jene älteren Mittel. In 4 bis 6 Wochen kann man bei einem veralteten Falle schon alle Symptome zum Verschwinden gebracht haben. Es empfiehlt sich mit schwachen Lösungen anzufangen (1 : 500) und nach Bedarf in die Höhe zu gehen. Sollten sich Reizerscheinungen einstellen, so unterbreche man lieber die Anwendung des Mittels für kurze Zeit. *Leviseur-New York.*

James C. White bestätigt auf Grund der Beobachtung eines zweiten Falles von **Keratosis follicularis** (Psorospermose folliculaire végétante) und sich stützend auf die histologische Untersuchung desselben und die neuerliche Durchforschung eines schon früher publizierten Falles durch Dr. John T. Bowen die Befunde des ausgezeichneten Pariser Dermatologen und Histologen Darier (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* Januar 1890), doch nimmt er die Deutung dieser Befunde, die Erklärung der in den Epithelzellen vorgefundenen homogenen Körperchen als Psorospermien, als noch nicht sicher gestellt, nicht an. In einem an James White gerichteten und in diesem Artikel publizierten Briefe postuliert auch Dr. Bowen, wie dies Ref. in einem gemeinsam mit P. Tommasoli publizierten Artikel für das Epithelioma contagiosum angedeutet hat (Contributo allo studio della natura del cosi detto Epitelioma contagioso. *Riforma Medica.* 1889, und *Monatshefte f. prakt. Dermatologie.* Bd X. 1890. Februar), für diese Psorospermose Dariers das Studium der sicheren Psorospermien als Basis für die Annahme der parasitären Natur dieser Gebilde. *Török-Hamburg.*

b. *Cutiserkrankungen.*

Das Bismuthum subbenzoicum in der Therapie des weichen Schankers, von Dr. E. Finger. (*Internat. klin. Rundschau.* 1890. No. 1.) Verf. benutzte das von Smith empfohlene Bismuthum subbenzoicum als Ersatz des Jodoforms bei Behandlung des weichen Schankers mit sehr gutem Erfolge. Die Darstellung desselben geschieht durch Erhitzen von Magisterium Bismuthi mit Salpetersäure und Natrium benzoicum. Der so gewonnene weiſse Niederschlag von Bismuthum subbenzoicum wird auf dem Filter gesammelt, mit H_2O und Alkohol gewaschen und getrocknet. Es ist ein weiſses, feines und weiches Pulver, mit leichtem stechenden Geruch.

Es wird so angewandt, daſs man mittelst Haarpinsel dasselbe in dünner Schicht auf die vorher gebadeten und gereinigten Geschwüre aufstreut, darüber trockenen Wattebausch, welcher durch Heftpflasterstreifen oder einige Bindentouren fixiert wird. In 24 Stunden 1—2malige Applikation. Nach derselben einige Stunden andauerndes,

jedoch nicht unerträgliches leichtes Brennen und Prickeln. Auch in einigen Fällen von zerfallenden Sklerosen und speckigen oder zerfallenden Papeln am Genitale wurde es von F. mit Erfolg angewandt. *Gründler-Dresden.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Demonstration von Gipsmodellen des Herrn Castan nach Abgüssen des Herrn Arning, betreffend die **Lepra der Sandwichinseln,** von Prof. Dr. R. Virchow. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 7. 1890.) Das Resultat von Arnings Beobachtungen über die Lepraformen sind die durch Herrn Castan in vorzüglichster Weise hergestellten Gipsabgüsse. Dieselben lassen erkennen, daſs es sich um verschiedene Rassen handelt, die an der Erkrankung beteiligt sind; vorzugsweise sind es Eingeborene der Inseln, dann aber auch Leute aus Asien, speziell aus China Eingewanderte, und Mischlinge allerlei Art. Es befinden sich darunter Fälle von tuberöser Lepra in allen möglichen Abstufungen, mit Übergängen in die ulceröse Form, die in den mannigfaltigsten Erscheinungen zutage tritt. Anderseits repräsentieren die Abgüsse auch Formen der Nervenlepra mit ihren Wirkungen und Folgen, insbesondere an Händen und Füſsen, und die Lepra mutilans, die bis zum vollständigen Verlust aller Finger und Zehen geht. Interessant sind ferner diejenigen Formen der Nervenlepra, bei denen sich die Anästhesie auf kleinere Teile der Haut beschränkt, und an diesen allerlei trophische Störungen zu stande kommen, die sich teils in einer Abweichung der Pigmentbildung (Morphea), teils in atrophischen Prozessen von gröſserer Ausdehnung zeigen. Einzelne Gipse zeigen Zerstörungen der Nase, wie bei Lupus und Syphilis. Später entstehen, offenbar durch die Wirkung verschluckter Teile, Geschwüre des Darms. *L. Hoffmann-Berlin.*

Lepra in Brasilien, von Dr. C. L. Cremer. (*Deutsche Med.-Zeitung.* 1889. No. 1. Verf. schreibt das häufige Auftreten von Hautkrankheiten in Brasilien dem starken Temperaturwechsel zu. Er hat dortselbst 7 Lepröse behandelt, wovon 2 starben und 3 genasen. Die Behandlung bestand in Bädern von 29° R. von Acid. muriatic. und Natrium bicarb. āā 500,0 und reichliches Trinken von Thee, bestehend aus Herva dos bugres und Caroba. *Leistikow-Hamburg.*

c. *Syphilis.*

Ein Beitrag zur Kasuistik der Kehlkopfsyphilis, von Jobst. (*Inaugural-Dissertation.* Würzburg 1889.) In der auf Veranlassung des Referenten gefertigten Dissertation wurden 10 Fälle von Kehlkopfsyphilis, die auf der Abteilung für Syphilis im Juliusspital beobachtet wurden, beschrieben.

In 7 dieser Fälle handelte es sich teils um Erythema syphiliticum, teils um Bildung von Papeln am Larynxeingang oder an den Stimmbändern, in 3 der Fälle hatten sich Gummata entwickelt. Mit Ausnahme eines Falles kam es zur vollständigen Heilung ohne Restieren von schwereren Erscheinungen (Larynxsklerose), ein Fall ging trotz Tracheotomie zu Grunde. *Seifert-Würzburg.*

Syphilis und Tuberkulose, von Dr. Eisenberg in Warschau. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 6. 1890.) Bei einem 27jährigen Schustergesellen stellte E. folgende

Diagnose: Ekthyma syphiliticum, Sarcocele syphilit. et Periorchitis exsudativa, Perichondritis gummosa cartilaginis thyreoideae et cricoideae, costae V. VI., und als Komplikation: Phthisis tuberculosa pulmonum et intestinorum.

Es war dem Verf. nicht möglich, mikroskopisch den Parasiten der Syphilis nachzuweisen, überall zeigten sich nur Tuberkelbacillen in grofser Zahl. Er glaubt, dies den noch nicht vervollkommneten Färbungsmethoden zuschreiben zu sollen. Es werden nämlich bei der Färbung der Mischformen von Syphilis und Tuberkulose ausschliefslich die Tuberkelbacillen gefärbt; auf diese Weise wird die Untersuchung ein tuberkulöses Produkt feststellen, wo der Boden ein syphilitischer ist.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein Beitrag zur Meningitis diffusa basillaris syphilitica. Paradoxe Pupillenreaktion, von Dr. Carl Oestreicher. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 6. 1890.) Ein vor 16 Jahren syphilitisch inficierter Mann erkrankt plötzlich unter den Erscheinungen einer akuten Indigestion. Im Anschlufs daran wird er apathisch und gerät in einen Zustand hochgradiger Verwirrtheit und tobsüchtiger Erregung. Nach einer antisyphilitischen Kur klärt sich der Kranke in verhältnismäfsig kurzer Zeit, wird ruhig und schreitet dann innerhalb 4 Wochen stetig in der Besserung bis zu scheinbar völliger Genesung fort. Neben der Aphasie, die keine motorische, wohl aber eine amnestische und sensorische ist, besteht Agraphie und Alexie, rechtsseitige homonyme bilaterale Hemianopsie, Pupillendifferenz und -starre und Westphalsches Zeichen. Im weiteren Verlaufe schwindet die Pupillenstarre, es tritt zunächst träge, etwas später prompte, dann deutlich paradoxe Reaktion auf Lichtreiz ein, während die Akkommodation Pupillenverengerung bewirkt. Hemianopsie und Westphalsches Zeichen bleiben stationär, Störungen der Sensibilität, Ataxie u. s. w. sind nicht vorhanden.

L. Hoffmann-Berlin.

Die Behandlung der Syphilis mit tiefen Injektionen von Hydrarg. oxydat. flav. ist neuerdings von Dr. Selenew bei 124 Fällen geübt worden, wobei 948 Injektionen gemacht wurden. Verf. kommt zu dem Schlusse, dafs Hg. oxyd. flav. in grofsen Dosen ($1^1/_2$—2 Gran) ein ausgezeichnet wirkendes Präparat und dem Kalomel vorzuziehen ist. In $^4/_5$ der Fälle jedoch war die Injektion von Schmerzen gefolgt, Infiltrate stellten sich in $^7/_{10}$ der Fälle ein, niemals jedoch Abscesse. Nach 12 % sämtlicher Injektionen machte sich Temperatursteigerung geltend, die 4 bis 5 Stunden post injectionem das Maximum erreichte und bereits an demselben Tage schwand. Ferner wurde in 14 % leichte Gingivitis, in 5 % Gastroenteritis (? Ref.), in 5 % letztere nebst Gingivitis und Salivation beobachtet, bei 3 % Gingivitis und Salivation, und bei 2 % Stomatitis mit Schleimhauterosion. [Somit würde das Zahnfleisch in 24 % der Injektionen afficiert worden sein? Ein Resultat, welches nicht günstig und wohl die Folge besonderer Verhältnisse sein mufs, denn Ref. hat seiner Zeit mit HgO mehrere hundert Patienten in seiner stationären Abteilung behandelt, und nur in ca. 7--8 % Gingivitis beobachtet. Einen Hinweis auf lokale Ursachen gibt S., indem er selbst sagt, dafs im Sommer fast gar keine Zahnfleischaffektionen vorkamen, folglich müssen Ventilationsmangel und ungenügender Ernährungszustand im Winter gewirkt haben.]

Von Interesse ist die Beobachtung, dafs auf derjenigen Seite, wo die Injektion gemacht, die Zahnfleischaffektion stärker war. Verf. will dieses (ob mit Recht?) als einen Hinweis darauf ansehen, dafs es sich um trophische Störungen des Nervensystems handele. Das Hg liefs sich im Harn schon 12 Stunden nach der ersten Injektion nachweisen, und macht sich nach jeder Injektion eine vorübergehende Steigerung der Hg-Ausscheidung bemerkbar. Albuminurie unter Einflufs von Hg-

Injektionen wurde nicht beobachtet, dagegen 1 mal eine zweitägige Glykosurie, die Verf. wiederum durch Nervenreiz (Reizung des CLAUDE BERNARDschen Centrums durch Hg) erklären möchte. Interessant ist ferner, dafs bei Syphilitikern, die noch kein Hg vorher erhalten hatten, nach HgO die Zahl der roten Blutkörperchen deutlich zunahm. *O. Petersen-Petersburg.*

Die Behandlung der Syphilis mittels subkutaner Injektionen von Ol. cinereum ist von Dr. LINDSTRÖM an 53 Patienten, die 531 Injektionen erhalten haben (0,3 Hg viv. pro dosi; einseitig alle 5 Tage, doppelseitig alle 10 Tage). Abscesse kamen darnach nicht vor, wohl aber in 48 % merkurielle Stomatitis [Ref. hat selbst bei Kalomel in 400 Fällen nur 20 % Stomatitis gesehen, also liegen hier wiederum lokale Verhältnisse als Ursache vor], merkurieller Durchfall nur bei 4 Patienten.

Verf. zieht den Schlufs, dafs Ol. cinereum langsam wirkt, Schmerzen verursacht und lange dauernde Stomatitiden gibt. In einem Falle scheint Embolie vorgekommen zu sein. *O. Petersen-Petersburg.*

Die extragenitale Syphilisinfektion findet in den ärztlichen Kreisen Rufslands immer mehr Beachtung, wie aus nachfolgenden Arbeiten der allerletzten Zeit ersichtlich.

1. Dr. P. A. PAWLOW hat für Moskau hinsichtlich der mittleren Bevölkerungsklassen folgende Zahlen zusammengestellt: Unter 1236 syphilitischen Männern erwies sich 10 mal extragenitale Infektion (0,8 %[1]). Je 2 mal fand man die Initialsklerose an der Nase und an den Tonsillen, 1 mal an der Unterlippe, 3 mal an der Oberlippe und je 1 mal am Zungenrande und am Handrücken. Bei 165 Weibern fand sich 12 mal extragenitale Infektion (7,27 %), und zwar safs die Initialsklerose 1 mal an der Oberlippe, 2 mal an der Unterlippe, je 1 mal am oberen Zahnfleisch (65jährige Frau), am weichen Gaumen und an der linken Tonsille. In 6 Fällen waren die Brustdrüsen inficiert, dabei safsen die harten Schanker 2 mal an beiden Brustwarzen gleichzeitig; stets war Säugen syphilitischer Kinder die Ursache. Unter 43 Kindern handelte es sich 18 mal um hereditäre Syphilis und 23 mal um, natürlich, extragenitale Infektion, meist waren sie von Wärterinnen und Dienstboten angesteckt. (*Medizinskoje Obosrenije.* 1890. No. 1.)

2. Dr. FEDSCHENKO teilt 3 eigene Fälle von **Syphilisinfektion beim Rasieren** mit. In dem einen Falle safs die Initialsklerose am Angulus maxill. inf. sin., im anderen etwas unterhalb des Kinnes, im dritten in der Gegend des Angulus maxill. inf. dextr.

Aus der Litteratur hat F. ferner noch 14 derartige Fälle gesammelt und macht er auf die Thatsache aufmerksam, wie wichtig es ist, über die Gesundheit der Barbiere zu wachen und periodische Besichtigungen zu veranstalten, wie solches 1883 in St. Petersburg geschah, wobei zahlreiche Barbiere syphilitisch befunden wurden. (*Med. Obosrenije.* 1890. No. 1. russ.)

3. Dr. MURSIN teilt **2 Fälle von Ulcus induratum der oberen Augenlider** aus dem MASNIZKI-Hospital in Moskau mit, Männer von 32 resp. 23 Jahren betreffend. In dem einen Falle ist die Entstehung originell. Patient hatte ein Gerstenkorn, welches vereiterte und aufging. Um es zu vertreiben, liefs Patient sich von verschiedenen Bekannten draufspucken (!) (*Med. Obosrenije.* 1890. No. 1. russ.)

[1] Nach PETERSEN in Petersburg 1,9 %, wobei es sich jedoch vorherrschend um die Arbeiterbevölkerung handelte.

4. Dr. Porai-Koschitz hat teils aus der Litteratur, teils aus der eigenen Praxis **352 Fälle extragenitaler harter Schanker** zusammengestellt und dabei gefunden, dafs sie sich befanden:

am Kopf	in 74,17 %	=	632	Fälle
am Hals	„ 1,27 %	=	11	„
am Rumpf	„ 16,54 %	=	141	„
an den Extremitäten	„ 7,98 %	=	68	„

Interessant ist, dafs die Initialsklerose am Kinn (4,5 %) 3 1/2 mal häufiger bei Männern vorkam (NB. Rasieren). Der Brustdrüsenschanker gab 6,1 %. Bezüglich der Extremitäten bemerkt Verf., dafs die Sklerosen am häufigsten an den Fingern safsen und an den Vorderarmen infolge von Tätowieren vorkamen. (*Westnik sudebnoi medizini u Gygieni.* 1889. Bd. III—IV. russ.) *O. Petersen-Petersburg.*

Akute Infektionskrankheiten.

Ein Fall von Scharlachinfektion durch einen Brief, von Dr. D. Nikolski. (*Wratsch* No. 37. russ.) Auf der Fabrik N. zeigten sich Anfang Januar 1888 vereinzelte Fälle von Scharlach. Unter anderm erkrankte auch das 9jährige Mädchen K., welches gegen Ende der zweiten Woche seiner Krankheit an seine Freundin B. einen Brief schrieb, welche schon seit längerer Zeit nicht mehr zur Schule gekommen war und die ganze Zeit ihren Wohnort, der scharlachfrei, nicht verlassen hatte. 4—5 Tage nach Erhalten des Briefes fühlte B. sich unwohl, bekam Fieber, Angina, und am 5. Tage der Erkrankung fand sie Verf. mit ausgesprochenem Scharlach.

O. Petersen-Petersburg.

Progressive Ernährungsstörungen.

Die Geschwülste der Brustdrüse, von G. B. Schmidt. (*Beiträge z. klin. Chirurgie.* IV. Tübingen 1889.) Von 150 operierten Brustgeschwülsten waren 125 Karcinome, die übrigen Sarkome, Fibrome und Adenome. Zweimal waren Männer von Brustdrüsenkarcinom befallen. Einmal war Pagets disease (Fall 125) konstatiert worden; die betreffende Frau bekam nach einem Vierteljahre ein 20pfennnigstückgrofses Recidiv in der Narbe, das thermokauterisiert wurde.

Zu den seltensten Geschwülsten gehörten die Angiosarkome, von denen Verf. 7 selbst beobachtet hat.

Sonst enthält die Arbeit für den Dermatologen wenig Interessantes und Neues.

P. Taenzer-Leipzig.

Zur Pathologie der Addisonschen Krankheit, von Dr. W. Fleiner in Heidelberg. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 51. 1889.) Auf der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Heidelberg stellte F. einen Patienten aus der Erbschen Klinik vor, welcher an Morbus Addisonii, verbunden mit Pityriasis versicolor, erkrankt war. F. beschreibt in diesem Artikel ausführlich den Fall, und wurde die Diagnose unter Berücksichtigung der Hautpigmentierung, der gastrointestinalen

Störungen, der Muskelschwäche, des fortschreitenden Kräfteverfalls, endlich der abdominellen Tumoren, deren Sitz in die retroperitonealen Lymphdrüsen verlegt wurde, auf Morbus Addisonii gestellt. Man nahm an, daſs die genannten Tumoren die Nebennieren, wahrscheinlich vorwiegend die linke Nebenniere, in Mitleidenschaft gezogen und die groſsen Ganglien des Bauchsympathicus betroffen hätten. Die Obduktion, die diese Annahme bestätigte, ergab, daſs die linke Nebenniere einen ovalen Tumor darstellte, dessen Längsdurchmesser 5½, dessen gröſster Breitendurchmesser 3 cm, dessen Dicke 4 cm betrug. Was die Nervi sympathici anbetrifft, so waren der Grenzstrang des rechten Nervus sympathicus als der Nervus splanchnicus selbst gleichmäſsig verdickt, und lassen sich nur bis zu der der Vorderfläche der Wirbelsäule fest auflagernden Geschwulstmasse herab präparieren, in welch letztere sie sich verlieren. Das rechte Ganglion coeliacum ist in dieser Geschwulstmasse gänzlich eingebettet. Im linksseitigen Sympathicus ist das obere Halsganglion mäſsig vergröſsert und in eine spindelförmige Geschwulst von Taubeneigröſse umgewandelt, deren Umfang 5½ cm, deren Länge 3,2 cm beträgt, das untere Halsganglion ist in eine geschwulstartig infiltrierte Gewebemasse eingebettet, läſst aber sonst keine auffälligen Veränderungen erkennen. Der linke Grenzstrang des Sympathicus ist in der Brusthöhle normal, dagegen sind die beiden oberhalb der linken Nebenniere gelegenen Ganglien stark vergröſsert, anscheinend markig infiltriert, von derber Konsistenz und zu flachen, unregelmäſsig gestalteten Tumoren umgewandelt. Unterhalb dieser Ganglien verliert sich wiederum der Grenzstrang und etwas höher oben der verdickte linksseitige Nervus splanchnicus major, ebenso ein nach der Nebennierengeschwulst hinziehender Nervenstrang gänzlich in der vor und links von der Wirbelsäule gelegenen Tumormasse. Der Plexus coeliacus ist aus der letzteren wegen gänzlicher Verwachsung unmöglich heraus zu präparieren. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von einem auf lupösem Boden entstandenen Epitheliom, von Dr. A. Blaschko. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 7. 1890.) In der Sitzung der Berl. Med. Gesellschaft vom 29. Januar d. J. stellte B. einen 36jährigen Patienten vor, bei dem die Erkrankung schon aus dessen 4. Lebensjahre datiert. Die Affektion hat auf der linken Wange begonnen, ist allmählich über die ganze linke Gesichtshälfte, die Nase, das linke Ohr und den Hals bis auf das Sternum übergegangen. Unter einer seit vorigem Jahr eingeleiteten Pyrogallussäurebehandlung ist der Lupus bis auf einige unwesentliche Reste zurückgegangen. Auf der linken Wange hatte sich schon in den frühesten Jahren ein häufig wiederkehrender ulceröser Prozeſs gebildet, der zeitweise monatelang bestand, um teils zu schwinden, teils zu recidivieren. Im Herbst vorigen Jahres trat die Ulceration wieder auf, die in den letzten 14 Tagen bis 3 Wochen rapide gewachsen ist, stark gewulstete Ränder bekam und jetzt handtellergroſs ist. Im Innern zeigte sich starker Zerfall. Die mikroskopische Untersuchung hat den vermuteten bösartigen Charakter der Geschwulst bestätigt. Es handelt sich um eine Geschwulst epithelialen Charakters, unterscheidet sich aber dadurch von dem gewöhnlichen Karcinom, daſs die Epithelfortsätze, welche von der Oberfläche der Epidermis in die Cutis hineingewachsen sind, nicht, wie gewöhnlich, dicke Zapfen, sondern sehr dünne, schlauchartige Fortsätze darstellen, welche sich dentritisch verzweigen; die einzelnen Verzweigungen verschmelzen miteinander und bilden ein feines Netzwerk. Auffällig ist der groſse Reichtum von elastischen Fasern, und dieser Umstand könnte vielleicht die eigentümliche Struktur der Geschwulst erklären. Das Lupuskarcinom berechtigt zur Stellung einer relativ günstigen Prognose, indem keine Drüsenanschwellungen vorhanden sind und der Patient keine kachektischen Erscheinungen zeigt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Lymphangiome, von Dr. D. Nasse. (*Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Universität Berlin,* herausgegeben von Dr. Ernst von Bergmann.) Auf Grund der Untersuchung von 18 Fällen kommt N. zu folgenden Schlufsfolgerungen: „Die Mehrzahl der wahren Lymphangiome wird durch embryonale Entwickelungsstörungen verursacht. Die Art dieser Anomalien ist nur in seltenen Fällen nachzuweisen. Die Ursachen ihrer Entstehung sind uns unbekannt. Bei den cystoiden Formen findet vielleicht stets nur eine Defektbildung resp. Abschnürung von Lymphgefäfsabschnitten mit nachfolgender Ektasie und Hyperplasie der Wandungen statt. Bei den andern Lymphangiomen scheint eine einfache Ektasie der vorhandenen Lymphbahnen nicht zu genügen. Wahrscheinlich findet in vielen, sicher in einigen Fällen, eine Bildung neuer Lymphbahnen statt, die oft mit einer Hyperplasie des Bindegewebes oder Fettgewebes verbunden ist. Bei dieser Entwickelungsweise ist vielleicht eine Ektasie durch Lymphstauung von Bedeutung. Die Ursachen dürfen wir aber nicht in centralen Hindernissen der Lymphcirkulation suchen, sondern wir müssen sie mit Langhans, Esmarch, Kulenkampff u. a. in Veränderungen der Lymphcirkulationsverhältnisse und der Wachstumsverhältnisse der Gewebe an Ort und Stelle, also namentlich in den Lymphgefäfswandungen suchen. Die Natur dieser Veränderungen ist uns noch ebenso unklar, wie bei vielen Varicen und Hämangiomen.“ — Die Schwierigkeiten der Exstirpation sind unverkennbar, jedoch nicht unüberwindbar.

Török-Hamburg.

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän, von Fr. Fiedel. Dissertation. Greifswald. Der vom Verfasser mitgeteilte Fall dieser seltenen Krankheit betrifft einen halbjährigen sonst gesunden Säugling und endete nach etwa 6 Monaten mit Nekrose und Abstofsung der Spitzen sämtlicher Finger der linken und des vierten Fingers der rechten Hand. Erwähnenswert ist, abgesehen von den sehr eingehenden Untersuchungen und Betrachtungen über den Sitz der Entstehungsursache der Krankheit, dafs die Behandlung in Umschlägen mit einer Lösung von 100 g Kampferspiritus und 300 g 2%ige Salicylsäurelösung bestand und den Verlauf der Erkrankung günstig beeinflufste.

Dreckmann-Hamburg.

Cutis laxa, von Dr. O. Seifert. (*Centralbl. f. klin. Med.* 1890. No. 3.) In einer vorläufigen Mitteilung wird von einem Falle von Cutis laxa berichtet, dessen anatomische Untersuchung abgesehen von normalem Verhalten der elastischen Fasernetze eine Umwandlung des Cutisgewebes in ein gleichartiges, nicht geformtes myxomatöses Gewebe mit totalem Schwund der Fibrillenbündel ergab.

Leistikow-Hamburg.

Die Ätiologie der Alopecia areata, von Dr. J. Grindon. (*St. Louis weekly Medical Review.* Nov. 16. 1889.) Es werden 8 Fälle von Alopecia areata ausführlich beschrieben. Der erste Fall liefs einen Zusammenhang der Affektion mit einer etwa vorhandenen Nervenstörung nicht erkennen, der zweite, dritte und siebente waren indes mit charakteristischen Neuralgien verknüpft. Der vierte Fall war syphilitischen und der sechste traumatischen Ursprungs, während dem achten interessante hereditäre Momente zu Grunde lagen. Verf. schliefst sich der Ansicht derer an, die eine neurotische neben einer parasitären Alopecia areata zu Recht bestehen lassen.

Leviseur-New York.

Fall von Lymphangiektasie der Hände und Füfse bei Kindern, von J. COLCOTT FOX. (*Illustr. Medical News.* 27. Juli. 1889. pag. 73.) F. teilt 3 Fälle mit, in welchen es bei Kindern, welche häufig an Frost der Hände und Füfse litten, zur Bildung diffuser bläulichroter Flecke, zum Auftreten roter stecknadelkopfgroßer Knötchen und herpesartiger Bläschen, und endlich zur Umwandlung der Efflorescenzen in warzenförmige Gebilde kam. In einem Falle waren dabei auch an den Vorderarmen psoriasisähnliche Efflorescenzen vorhanden. Die Diagnose wurde auf lymphatische Warzen gestellt und durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Es fanden sich nämlich neben der Hyperämie des Corium stark erweiterte Lymphgefäfse, um welche der Papillarkörper und die Stachelschicht hypertrophierten und endlich auch die Hornschicht sich verdickte. Die Frage, ob es sich um erworbene oder angeborene Anomalien der Lymphwege handelt, war nicht zu entscheiden, obwohl die Affektion erst einige Jahre nach der Geburt [und nach der Einwirkung von Frost und mit frostbeulenartiger Anschwellung der Finger. Ref.] sich entwickelte.

Török-Hamburg.

Idioneurosen.

Gegen Pruritus fand SAALFELD Menthol in 3—6 %iger spirituöser Lösung wirksamer als Karbolsäure- und Salicylsäurelösungen. Ebenso wirkte eine Menthol-Lanolinsalbe, namentlich bei Pruritus senilis, sehr günstig.

L. Hoffmann-Berlin.

Sekretionsanomalien.

Kasuistische Beiträge zu den sekretorisch-trophischen Störungen der Haut bei Neuritis, von Dr. ALBRECHT ERLENMEYER. (Sonder-Abdruck aus dem *Centralbl. f. Nervenheilkunde, Psychiatrie und ger. Psychopathologie.* 1889. Jahrg. XII No. 8.) Unter diesem Titel teilt E. 2 Fälle mit. Bei dem ersten handelt es sich um eine infektiöse Neuritis des Nervus medianus dexter, welche nach dem Abfall des Fiebers bei einer epidemischen Diphtherie eingesetzt hat und welche kontinuierliche Schmerzen in der Nervenbahn, Hypästhesie, leichte Parese, Anidrose und entsprechend der Endverästelung der Nerven einen Zustand der Haut zu seinen hauptsächlichsten Symptomen zählte, bei welchem die Innenfläche der Hand erst grau-blafs und kühl wurde, im weiteren Verlaufe eine „Verhärtung“ und dann eine Abschilferung der Hornschicht in Form kleiner Plättchen und Schüppchen auftrat. Die Abschuppung dauerte 6 Tage. Mit der Beendigung derselben trat die Schweifssekretion wieder auf. Bei einer kurzen, leichten Wiederholung kam es nur zu verhinderter Schweifsabsonderung.

Da er die Annahme verschiedener Zustände für mehrere in einem Nervenstamme verlaufende Faserarten gerade bei der infektiösen Krankheitsursache für unzulässig hält, nimmt E. den Zustand der Lähmung für Nervus medianus an. Der Parese und Hypästhesie entsprechend ist also die Anidrosis, die Epidermisaffektion und die Kühle und Blässe der Finger auf eine Lähmung der schweifserregenden, trophischen und gefäfserweiternden Nerven zurückzuführen.

Beim zweiten Falle kam es im Anschlufs an eine infektiöse (?) Neuritis des Nervus medianus s. zu diffuser starker Verdickung der Hornschicht der Endaus-

breitung der Nerven entsprechend. Die Haut war trocken, nirgends fanden sich Zeichen von Abschuppung oder Maceration. Diese Hautpartien sind spontan und auf Druck schmerzhaft, die Berührungssensibilität abgestumpft, dabei bestehen leichte Parästhesien und eine Hyperästhesie gegen Wärme. Die Krankheit soll im Anschlufs an ein viele Wochen bestandenes Panaritium entstanden, nach 6½ Monate langem Bestand einmal schon verschwunden sein. Dabei besteht eine Basedowsche Krankheit. Die Behandlung mit dem konstanten elektrischen Strom heilte die Krankheit in 15 Sitzungen derart, dafs sowohl die Schmerzen verschwanden, als auch nach einer kleienförmigen Abschuppung die Haut weich und geschmeidig wurde. E. stellte, wie er selbst gesteht, nur infolge der äufseren Ähnlichkeit die Diagnose des Hautleidens auf „Ichthyosis“, von der sich seine Fälle sowohl in ätiologischer Beziehung, als auch in ihrer Ausbreitung und ihrem Verlaufe scharf unterscheiden. Viel näher stehen diese Fälle jenen symmetrischen Hyperkeratosen der Handflächen und Fufssohlen, welche auf Nerveneinflufs bezogen werden und nichts mit der Ichthyosis zu thun haben. Ref. scheint es übrigens noch fraglich, ob die letzteren nicht eher den Namen von Parakeratosen verdienen. Eine stark verdickte Hornschicht bedeutet nämlich noch nicht unbedingt auch eine starke Hornproduktion, sondern höchstens einen vermehrten Zusammenhang der gebildeten Hornlagen. Eine vermehrte Hornproduktion könnte man mit Sicherheit annehmen, wenn neben der starken Verdickung der Hornschicht noch eine erhebliche Desquamatio sensibilis vorhanden ist. In den Fällen E.s war anfangs nur eine Verhärtung, eine Verdickung der Hornschicht wahrnehmbar, erst später trat in beiden Fällen die Abschuppung und damit die Heilung ein. Es kann somit für diese Fälle, insbesondere noch in Anbetracht der dabei obwaltenden anderen Umstände (Blässe und Kühle der Haut im ersten Falle) mit gröfserem Rechte eine qualitative, als eine quantitative Veränderung der Hornproduktion angenommen werden, und dieselben müfsten demnach als Parakeratosen der Handfläche bezeichnet werden. *Török-Hamburg.*

Wie behandelt man Schweifsfüfse? Diese Frage wirft Kobert (unter „therapeutische Notizen“ in *Fortschritte d. Med.* 1890. No. 1) auf, um nach einem kurzen Überblick über die bekannten Salicyl- und Alaunstreupulver gegen den Gebrauch der Chromsäure als Mittel gegen Fufsschweifs vom pharmakologischen Standpunkte aus Einspruch zu erheben. Zur Beseitigung von Fufsschweifsen wurde die einmalige oder wiederholte Einpinselung von 5—10 %igen Lösungen vielfach in neuerer Zeit angewendet. Nach Anwendung der stärkeren Lösungen wird die eingepinselte Haut gelb, hart und trocken infolge der Mortifizierung der oberen Epidermisschichten. Mehr noch als die chromsauren Salze ist die Chromsäure zumal in der enormen Koncentration von 10 % und namentlich bei öfterer Anwendung für alle tierischen Hautgebilde eins der furchtbarsten Gifte; ihr Gebrauch als vielfach verwendetes Ätzmittel beruht ja gerade auf dieser Eigenschaft. Es handelt sich dabei um die chemische Abtötung des Gewebes und Gefäfsgerinnungen. Beide Erscheinungen kommen nun auch zu stande bei der Einwirkung der Chromsäure oder ihrer Salze auf die Haut. Verf. weist nun zum Beweis dafür hin auf die vielfach beobachteten sehr bösartigen und bis tief eindringenden Geschwüre bei den mit Chromsäure und Kaliumbichromat hantierenden Fabrikarbeitern und auf die bei diesen Leuten oft schon in den ersten Tagen dieser Art Beschäftigung sich einstellende nekrotische Perforation der Nasenscheidewand, um damit seine eindringliche Warnung zu begründen. Dazu kommen noch die Gefahren der Resorption von dünnen Stellen aus und infolge davon die der von Kabierske und Pander beschriebene Chromatentzündung der Nieren. Verf. will also die neuerdings empfohlene Chromsäurebehandlung der Schweifsfüfse durch ungefährlichere Behandlungsarten ersetzt wissen. *Clasen-Hamburg.*

Zur Therapie der Hyperidrosis localis, von Gollner. (*Allgem. med. Central-Zeitung.* 1890. No. 10.) Verf. teilt 5 Fälle mit von Hyperidrosis localis pedum, welche aufserordentlich erfolgreich mit Liquor antihidrorrhoicus Brandau behandelt wurden. Nach der Ansicht des Autors besitzt der Liquor noch den Vorzug, auch jene zahlreichen katarrhalischen und rheumatischen Leiden, welche im Gefolge der Hyperidrosis auftreten, günstig zu beeinflussen. *Leistikow-Hamburg.*

Saprophyten und Fremdkörper.

Gegen Pediculi pubis wandte Saalfeld Sublimatessig 1 : 300 als bequemes und sicheres Mittel an. (*Therap. Monatsh.* No. 1. 1890.) *L. Hoffmann-Berlin.*

Mifsbildungen.

Zwei Fälle neuritischer Platthand. Ein Beitrag zur Lehre von den trophischen Hautstörungen bei Neuritis, von L. Löwenfeld. (*Münchener medicinische Wochenschrift.* 1889. No. 24). Im ersten Falle traten Schmerzen an der rechten Schulter, dem rechten Oberarm und an der Aufsenseite der Vorderarme auf, zu gleicher Zeit entwickelte sich auch ein Gefühl von Taubsein und Schwäche des rechten Klein und Mittelfingers; die Beugefläche der letzteren schwoll schon nach einer Woche an später schwoll auch die ganze Vola an, während die Schmerzen an Schulter und Oberarm nur zeitweilig auftraten, am Ulnarrande des Vorderarmes, am Kleinfingerballen fortwährend bestanden. An der Hand ein Gefühl von Eingeschlafensein, zeitweilig auch Hitzegefühl. Im ganzen rechten Arme hochgradige Kraftlosigkeit. Die Flexoren der Vorderarme deutlich atrophisch. (Diese Atrophie wurde im späteren Verlaufe wieder undeutlich.) Die ganze Hohlhand und die Beugeseite aller Finger stark verdickt, so dafs die Höhlung der Hand gänzlich fehlt. Dies ist nicht etwa durch ein Ödem, sondern durch die Hypertrophie des subkutanen Bindegewebes bedingt. Die Haut über der Verdickung überall von normaler Farbe, von normaler Temperatur, von normaler Beschaffenheit, mit Ausnahme dreier kleiner Stellen, wo sie etwas verdickt ist und schilfert. Im Handgelenke nur Flexion und Extension möglich. Beide kraftlos. Beugung der Finger kraftlos, ebenso die Streckung im zweiten Phalangealgelenke. N. medianus und ulnaris am Vorderarme druckempfindlich. Sensibilität an Volar- und Dorsalfläche der Hand herabgesetzt. Die elektrische Erregbarkeit an den paretischen Vorderarmmuskeln (besonders den Beugern) herabgesetzt. Nach einigen Jahren zeigt das Zellgewebe der Hohlhand ebenso wie die Muskeln derselben deutliche Atrophie. Der Schwund der Hypertrophie des Bindegewebes geschah allmählich im Laufe einiger Monate. Die Schmerzen verloren sich vollständig. Die ersten Phalangen in hyperextendierter Stellung, ihre Köpfchen nach vorn subluxiert; die dritten Fingerglieder gegen die zweiten nicht gebeugt. Ursache der Erkrankung nicht nachweisbar.

Im zweiten Falle kam es bei einem 48jährigen Eisenbohrer im Anschlusse an eine Verletzung in der Gegend des ersten Phalangealgelenkes, welche nach 8 Tagen vollkommen heilte, 3 Tage nach der Verletzung zu Anschwellung der Hohlhand und Schmerz in der Mitte derselben. Bald darauf entwickelte sich Taubsein, dann

Schwierigkeiten bei Beugebewegungen der Finger, bis in die Achselhöhle ausstrahlende Schmerzen. Die Verdickung, welche die Höhlung der Hand ausfüllt, bezieht sich auf das Gebiet des N. Ulnaris, welcher in seinem Verlaufe am Vorderarme druckempfindlich ist. Die Hautbeschaffenheit sonst vollkommen normal. Beugung der Finger im Metacarpophalangealgelenk in beschränktem Maſse ausführbar, Streckung im ersten Phalangealgelenk und Spreizung der Finger etwas mangelhaft. Die Sensibilität zeigt nur am Ring- und Kleinfinger eine geringe Schädigung. Elektrische Erregbarkeit normal. Im Laufe von etwa 7 Wochen besserte sich der Zustand des Patienten, daſs auſser einer sehr geringen Anschwellung der erkrankten Hand nichts Pathologisches wahrzunehmen ist. Auf der erkrankten Seite war in den letzten Wochen, während die Verdickung schon in der Rückbildung begriffen war, etwas Temperaturerhöhung, stärkere Rötung (im Vergleich zur gesunden Seite), manchmal auch etwas vermehrte Schweiſsabsonderung vorhanden.

Aus diesen Fällen zieht L. die Folgerung, daſs Erkrankungen der peripheren Nerven (Neuritis) Hypertrophie des subkutanen Zellgewebes ohne Beteiligung der äuſseren Hautdecke herbeiführen können; daſs also die Ernährung der Epidermis und Cutis von Nerven reguliert wird, welche von den die Ernährung des subkutanen Gewebes beeinflussenden gesondert sind. *Török-Hamburg.*

Pathologie des Urogenitalsystems.

Zur Behandlung der Gonorrhöe, von Dr. B. Lewis. (*Columbus Med. Journ.* Nov. 1889.) Es wird die Einspritzung von Lanolin empfohlen. Das Mittel wird durch eine Salbenspritze mit Ansatzrohr von weichem Gummi in die Urethra gebracht. Sublimat, Karbol, Zinc. sulf., Jodoform etc. können dem Lanolin in geeigneter Menge zugesetzt werden. Eine Borsäure-Lanolinsalbe (die Koncentration ist leider nicht angegeben) hat dem Verf. ausgezeichnete Dienste geleistet.

Leviseur-New York.

Chronische Entzündung, Infiltration und Geschwürsbildung der äuſseren weiblichen Genitalien etc., von Dr. R. W. Taylor. (*New York Med. Journal.* Jan. 4. 1890.) Es ist unmöglich, diesen ausführlichen und auſserordentlich interessanten, mit vielen Abbildungen versehenen Aufsatz in Kürze zu referieren. Ich bin gern bereit, eine Anzahl Kopien an diejenigen Herren Kollegen, die sich speziell für diesen Gegenstand interessieren und mir ihre genaue Adresse einschicken wollen, zu übersenden. *Leviseur-New York.*

Belladonna gegen Calculosis renalis. Dr. Murray teilt 3 Fälle mit, bei welchen die Ausstoſsung von Nierensteinen beschleunigt und befördert wurde unter schneller Linderung der Schmerzen durch die Verabreichung von Belladonna in groſsen Dosen bis zum Eintritt der toxischen Symptome. Nach des Verf.s Ansicht soll in diesen Fällen die Wirkung des Mittels analog jener sein, die es bei der Darmokklusion hervorruft. (*Intern. klin. Rundschau.* 1890. No. 2.)

Gründler-Dresden.

Kreosot gegen chronische Urethritis posterior. Dr. Breima injiciert zuerst in die pars posterior Glycerinborsäure oder eine Pikrinsäurelösung.

Bei Unwirksamkeit dieser Mittel empfiehlt er folgende Formel:

℞ *Kreosot* gutt. X.
Extr. fluid. Hamamelis Virg.
„ „ *Hydrast. Canad.* āā gutt. XV.
Aqu. Rosarum 120,0

Diese Mischung ist mit lauwarmem Wasser zu verdünnen. (*Riforma medica.* 1889. Nr. 289.) *Gründler-Dresden.*

Über die Veränderung der Nieren bei Sublimatvergiftung, von Dr. F. Klemperer. (*Virchows Archiv.* Bd. 118.) Auf Grund seiner Untersuchungen kommt K. zu dem Schlufs, dafs es keine eigentliche Sublimatniere gibt, wenigstens nicht in dem Sinne, dafs gewisse Veränderungen nur das Sublimat hervorrufen könne. Nach lethaler Hg-Intoxikation kann, je nachdem die Dauer der Vergiftung eine kürzere oder längere war, die Niere stark hyperämisch, sie kann im Zustande parenchymatöser Nephritis, in dem hämorrhagischer Nephritis sein; meist wird sie entzündet mit verbreiteter Degeneration der Epithelien sein. In 1/3, höchstens 1/2 aller Fälle hat K. ausgedehnte Kalkanhäufungen in den Rindenkanälchen gefunden. Doch etwas Specifisches, dafs man darauf die Diagnose basieren könnte, gibt es an den Nieren nicht. *L. Hoffmann-Berlin.*

Beiträge zur Kenntnis der Bildungsfehler der Urogenitalorgane, von Dr. Franz Tangl in Budapest. (*Virchows Archiv.* Bd. 118.) Verf. beschreibt folgende 3 Fälle.

1. Kongenitale Atrophie und Dystopie der linken Niere, Mündung des linken Ureters in den an beiden Enden blind endigenden persistierenden linken Gartnerschen Kanal. Uterus bilocularis unicollis.

2. Kongenitale Atrophie und Dystopie der linken Niere. Blasenförmige Vorstülpung des linken blinden Ureterenendes in die Harnblase. Uterus bilocularis unicollis.

3. Beiderseits gespaltene Ureteren. Gemeinsame Blasenmündung der rechten Ureteren. Tiefere Mündung des linken Ureters in die Harnblase. Dilatation und Mündung des linken oberen Ureters in die pars · prostatica urethrae. Hydronephrose der oberen Hälfte der linken Niere. *L. Hoffmann-Berlin.*

Kritik und Referat über **neuere Mittel zur Behandlung der akuten Gonorrhöe,** von Dr. Kopp in München. (*Münchener medic. Wochenschr.* 1890. No. 1. und No. 2.) Kopp hat nahezu 80 selbständige, in den letzten Jahren erschienene Arbeiten seinem Referate zu Grunde gelegt und beginnt damit, die von Hausmann empfohlene Prophylaxe, durch Instillation von 1% Argent. nitr. oder gleich starker Sublimatlösung in die fossa navicularis das erste Terrain der Gonorrhöe zu desinfizieren, wohl als rationell, aber nicht als durchführbar zu bezeichnen.

Welanders Abortivbehandlung, kräftige Abreibung der Innenfläche der Harnröhre mit Wattetampons und dann sofort wiederholte Bepinselung der so vorbereiteten Fossa navicularis mit einer 2%igen Lapislösung habe nur in einigen Fällen beginnender Gonorrhöe (12—24 Stunden post. infect.) zu koupieren vermocht. Und Didays Vorschlag der Einspritzung einer 10%igen Höllensteinlösung würde in gefährlicher Weise den ganzen Harnröhrenabschnitt bis zur junctura bulbo-membranacea verätzen.

Sei einmal die Zeit für eine Abortivkur verstrichen, dann hält Kopp es für das beste, unter milder Antiphlogose und Ruhe, allgemein hygieinisch-diätetischen Mafsnahmen und symptomatischer Behandlung den Rückgang der akuten Erscheinungen abzuwarten und dann erst Injektionen oder eine andere innere Behandlung vorzu-

nehmen. Die Resultate der inneren Gonorrhöebehandlung seien keine günstigen, die neuerdings empfohlenen Mittel, als das Calciumsulfid, das Kwa-Kwa etc. hätten zu wenig Nachprüfung erfahren, und auch von dem so warm empfohlenen Ol. ligni Santali ostind. habe er weder bei akuter noch bei chronischer Gonorrhöe irgend einen besonderen Einfluſs konstatieren können. Überhaupt müsse der Heilwert der inneren Medikation dem akuten Tripper gegenüber erst noch bewiesen werden. Es handle sich bei der Gonorrhöe um eine eminent lokale Entzündung, die auch nur lokal behandelt werden könne.

Die zur lokalen Behandlung mittels Tripperspritze empfohlenen Natronbikarb., Karbolsäure, Kali hypermanganicum, das 10%ige Jodoformöl, Kalkwasser, Borglycerin, Pyridin, Wasserstoffsuperoxyd, heiſse Injektionen mit Chinin. sulfur., Eukalyptusöl, Hydrarg. salicyl. mit Kali carbon. etc. hätten keine hinlängliche Prüfung bestanden; nur das Argent. nitric. in Injektionen von 0,1 : 300—100,0 habe ihm befriedigende Resultate gegeben nach vorheriger hygieinisch-diätetischer Behandlung und Beginn des Rückganges der akuten Erscheinungen. In einigen wenigen Fällen verschwand die Gonorrhöe in 8—14 Tagen spurlos, in 20% der Fälle war eine Abkürzung der normalen Heilungsdauer um 8—10 Tage zu bemerken, und endlich auch solche Fälle, in denen die Gonorrhöe trotz aufmerksamer Behandlung in ein chronisches Stadium überging. — Von den Sublimatinjektionen hat Kopp niemals nennenswerte Wirkung gesehen, dagegen rühmt er stark erwärmte Sublimatlösungen bei häufig wiederholter Irrigation. Die Anwendung von Sublimat- Bougies- und Antrophoren im Stadium der akuten Gonorrhöe sei ohne Erfolg. — Das Resorcin in 3—4%iger Lösung sei noch zu wenig geprüft. — Das Thallinum sulfur. als Lösung (2—2½%) oder als Thallinantrophore ist ein für die Behandlung der akuten Gonorrhöe wertloses Präparat, und die Antrophore-Behandlung auf subakute und chronische Fälle zu beschränken. *Eckart-Nürnberg.*

Erregt Perubalsam Nephritis? Von W. Bräutigam und E. Nowack. (*Centralbl. f. klin. Medic.* 1890. No. 7.) Bei 22 Leichtkranken des Dresdener Stadtkrankenhauses wurde das Verhalten des Perubalsams auf die Nieren untersucht. Die Darreichung erfolgte per os, subkutan und als Einreibung. In allen Fällen wurde der Perubalsam gut vertragen. Der Harn reagierte stark sauer und enthielt viel Hippursäure, — ein Beweis, daſs der Perubalsam auch wirklich resorbiert wurde. Verf. sehen die Wirkung anderer Balsame (Copaivabalsam und Styrax) auf die Nieren in ihrem Gehalte an ätherischen Ölen. Echter Perubalsam darf letztere nicht enthalten. *Leistikow-Hamburg.*

Beiträge zur Lehre von den Coitusverletzungen, von E. Frank. (*Prager med. Wochenschrift.* 1890. No. 6.) Es werden zwei auf der gynäkologischen Klinik zu Prag beobachtete Fälle von Coitusverletzungen mitgeteilt. Fall 1 betrifft eine Kontinuitätstrennung der Scheide, welche im hinteren Scheidengewölbe von der Portio abgetrennt ist. Die Trennung setzt sich auf die Portio fort und endigt im Fornix. Patientin bot bei ihrer Aufnahme ins Spital das Bild einer akuten Anämie dar, welche durch die unmittelbar nach dem Coitus auftretende heftige Blutung bedingt war. Die Wunde wurde durch die Naht geschlossen und heilte per primam. Der Uterus lag retroflektiert. Der Autor hält die plötzliche Dehnung infolge des Coitus, bei gegebener, bereits bestehender Dehnung der Scheide durch die Retroflexion und dadurch, daſs die Scheide beim Coitus ziemlich stark geneigt war (halbsitzende Coitusstellung), für hinreichend, um eine derartige Verletzung herbeizuführen.

In dem 2. Falle zeigt sich eine Vagina duplex. Die rechte endigt blind;

ferner findet sich ein Hymen bifenestratus, wobei jede Öffnung in eine gesonderte Scheide führt. Die vordere Öffnung ist intakt, während der Hymenalsaum der hinteren Öffnung durch den Coitus eingerissen ist. Die Spaltung im Septum beider Vaginen hält der Autor ebenfalls für einen Effekt einer Verletzung beim Coitus.

Leistikow-Hamburg.

Über Sterilitas virilis, von Dr. Casper in Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* No. 5. 1890.) Die beiden Hauptformen der männlichen Sterilität sind der Aspermatismus und die Azoospermie. Bei dem ersteren erfolgt am Ende des Beischlafs keine Ejakulation, da der Samen nicht in die Harnröhre tritt oder an seinem Eintritt durch irgend einen Umstand gehindert wird. Für die mangelnde Emissio seminis gibt es folgende Ursachen. 1. Defekte oder Mifsbildung der Ductus ejaculatorii; dieselben fehlen oder es ist Obliteration oder Deviation derselben vorhanden, so dafs der Samen in die Blase entleert wird (Strikturen, Phimose). 2. Aufgehobene Sensibilität der Nerven des Penis und der Genitalien, atonischer Aspermatismus; ferner Fälle von auf Masturbation beruhender Neurasthenie. 3. Unerregbarkeit des Ejakulationscentrums, anästhetischer Aspermatismus; die Sensibilität der Haut des Penis ist verloren, und die Reflexaktion der Ejakulation kann nicht zustande kommen. 4. Psychische Einflüsse oder Reizung des im Gehirn supponierten Hemmungscentrums der Ejakulation.

Bei der Azoospermie wird am Ende des Beischlafs Samen entleert, welcher aber nicht die zur Befruchtung nötigen Eigenschaften enthält. Die Spermatozoen fehlen, sind tot oder in mangelndem Zustande der Vitalität, so dafs sie für die Befruchtung ungeeignet sind. Dieser Zustand findet sich bei Kachexie, Degeneration des Hodens (Tuberkulose, Karcinose, Syphilis). Ferner fehlen die Spermatozoen, wenn der Nebenhoden beiderseits undurchgängig geworden ist (durch gonorrhoische Epidydimitis); aufserdem kann heftige Samenblasenentzündung das Leben der Spermatozoen vernichten oder entkräften, so dafs sie bald nach der Entleerung absterben. Hierzu beschreibt der Verf. einen Fall von männlicher Sterilität, welche ihre Ursache in der Funktionsunfähigkeit der Generationsdrüsen, bedingt durch Lues, gehabt haben soll. Während bei der Untersuchung im Sperma sich keine Spermatozoen zeigten, stellten sie sich nach einer antisyphilitischen Kur wieder ein, und der Patient zeugte darauf ein mit hereditärer Lues behaftetes Kind. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein neuer Wattebauschträger für die männliche Harnröhre, von Dr. George Meyer-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* No. 5. 1890.) Derselbe besteht aus einem 24 cm langen und etwa $1^3/_4$ mm dicken Nickelstab, welcher in einer Entfernung von 19 cm vom Ende in einem Winkel von 132° umgebogen ist. 2 cm vom Scheitelpunkt des Winkels entfernt ist das 5 cm lange, umgebogene Stück mit einer 3 cm langen, bequem zu ergreifenden Nickelplatte versehen. Bei dieser Einrichtung (übereinstimmend mit den Grünfeldschen Harnröhrenwerkzeugen) liegt die Hand des Untersuchers unterhalb des Gesichtsfeldes des Harnröhrenspiegels und hindert nicht den Einblick in denselben. Durch Anschmelzung ist das vordere Ende des Trägers olivenförmig verdickt, und die Olive und ein Teil des Werkzeuges selbst in einer Länge von $1^1/_2$ cm mit gedreht verlaufenden Einschnitten versehen. Wird um dieses Ende ein Wattebausch gewickelt, so legt sich derselbe so fest in die Rillen ein, dafs er nicht abgleiten kann. Die stumpfe Verdickung am oberen Ende verhindert, selbst wenn sie nicht gänzlich von Watte bedeckt ist, Verletzungen der Schleimhaut.

Das Instrument ist bei Windler-Berlin zu haben. *L. Hoffmann-Berlin.*

Verschiedenes.

Über die histologischen Vorgänge bei der Anheilung der Thierschschen Transplantationen, von Prof. Garrè. (*Beiträge zur klinischen Chirurgie.* Bd. XXIV.) Die Transplantationen von Thiersch, welche möglichst dünn sind und nur den Papillarkörper mit der obersten Cutisschicht enthalten, bieten gegenüber denjenigen von Reverdin, welche fast die ganze Dicke der Cutis ausmachen, andere Bedingungen der Wundheilung dar. Das reichhaltige Material, an welchem Verf. arbeitete, umfaſste Transplantationen in allen Stadien der Anheilung, von 5 Stunden bis zu 7 Wochen und darüber, 3 Monate und 2 Jahre alte Transplantationen. Was die wesentlichste Frage betrifft, die nach der Entwickelung der Gefäſsverbindung zwischen Transplantation und Mutterboden, so gelangt Verf. zu der Auffassung, daſs die hauptsächlichste Blutversorgung der Transplantationen durch neugebildete, vom Boden in dieselbe hineinwachsende Blutgefäſse stattfindet. Diese Gefäſsverbindung tritt um so leichter und schneller ein, je dünner das zwischen Transplantation und Mutterboden befindliche Exsudat ist. Deswegen empfiehlt Verf. die Transplantationen nicht sogleich auf die frische Wundfläche zu bringen, sondern erst eine halbe bis mehrere Stunden dazwischen verstreichen zu lassen. Wird sie alsdann mit einem Schwamm abgestrichen, so erscheint das Gewebe ohne Blutextravasat, an welches das dünne Läppchen der Transplantation sich leicht gleichmäſsig anlegt. Wo eine Anheilung der Transplantation nicht eintritt, wie bei gewissen alten Beingeschwüren, da finden sich in der Tiefe der früheren Verklebungsschicht Hämorrhagien und zahlreiche Infiltrationsherde unterhalb des Epithels und in der Tiefe. — Von den übrigen histologischen Details interessiert besonders das Verhalten des auf einen neuen Ernährungsboden verpflanzten Epithels. Während dasselbe sich in den ersten Tagen vollständig passiv verhält, beginnt am 3. oder 4. Tage eine lebhafte Neubildung, welche sich durch Auswachsen der Haarfollikel, durch Bildung von Epithelzapfen etc. dokumentiert. [Der von dem Verfasser als Degenerationsprozeſs des Epithels, der unter der Form von Bläschen auftritt, beschriebene Vorgang an der von der normalen Zehenhau stammenden Transplantation dürfte wohl eher als eine Komplikation, denn als wesentlicher Faktor betrachtet werden. Um die für die Abstoſsung der Hornschicht wichtigen Vorbedingungen zu finden, sind wir nicht auf jene Degeneration angewiesen, sondern suchen dieselben einerseits in den anfangs stattfindenden schlechteren und den späteren veränderten Lebensbedingungen des Epithels. Und gerade die reichlich vaskularisierte Zehenhaut wird auf solche Veränderungen besonders stark reagieren. Ref.] Es ist noch zu erwähnen, daſs in 2½ Jahre alten Transplantationen, welche kein narbiges Aussehen hatten, auch die histologische Untersuchung nur geringe Anomalien aufdeckte: in dem leicht gewellten Bindegewebe der pars reticularis verlaufen die Gefäſse unregelmäſsig, und ist die Zahl der Gefäſse in der gesamten Hautpartie geringer als normal. *L. Philippson-Hamburg.*

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Petrini (de Galatz). Le traitement de la syphilis par le tannate de Mercure. *Mitteil. d. intern. dermat. Kongresses zu Paris.* August. 1889. Paris 1889.

Heinz Wohlgemuth. *Zur Pathologie und Therapie der skrofulös-tuberkulösen Lymphdrüsengeschwülste bei Kindern bis zu 10 Jahren.* Inaug.-Dissert. Berlin 1889.

CARL HELLNER. *Die Behandlungsmethoden von Trichiasis und Entropium.* Inaug. Dissert. Jena 1889.

PAUL HELBING. *Über perforierende Hautgeschwüre infolge von Neuritis.* Inaug.-Dissert. Tübingen 1889.

LUDWIG REININGHAUS. *Über den Ursprung des Milchfettes.* Inaug.-Dissert. Göttingen 1889.

HEINRICH DREESMANN. *Über die anthidrotische Wirkung der Kamphersäure.* Inaug.-Dissert. Bonn 1889.

RICHARD KUTZNER. *Zur Kasuistik und Histogenese der Lymphosarkome.* Inaug.-Dissert. Greifswald 1889.

DIETRICH STUCKMANN. *Experimentelle und histologische Untersuchungen über die Regeneration der weiblichen Mamilla.* Inaug.-Dissert. Bonn 1889.

LUDWIG FISCHER. *Ein Beitrag zur Kenntnis des Keloids.* Inaug.-Dissert. München 1889.

F. RINNE. *Über den Eiterungsprozeſs und seine Metastasen. Chirurgische Betrachtungen, durch Experimente erläutert.* Berlin 1889.

P. GÜTERBOCK. *Die Krankheiten der Harnröhre und der Prostata.* Leipzig u. Wien 1890.

CZERNY. Über Magen- und Darmresektionen. *Deutsche med. Wochenschr.* 1889. No. 45.

— Über die chirurgische Behandlung intraperitonealer Tuberkulose. *Beiträge zur klin. Chirurgie.* Tübingen.

HANSER. *Über das Epithelialkarcinom der Mamma und über „Pagets disease“.* Inaug.-Dissert. Heidelberg 1886.

HEERDINK. *Über die Fibrome der Bauchdecken.* Inaug.-Dissert. Heidelberg 1887.

J. K. PROKSCH in Wien. *Die Litteratur über die venerischen Krankheiten.* Bd. I. Bonn 1889.

FR. MOSLER. Über Pemphigus chronicus malignus. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 1.

W. v. NOORDEN. Das verkalkte Epitheliom. *Beiträge zur klin. Chirurgie.* III. 3. Tübingen.

E. F. W. PFLÜGER. *Die allgemeinen Lebenserscheinungen.* Rektoratsrede, gehalten am 18. Oktober 1889. Bonn 1889.

WILHELM FLEINER. Beiträge zur Therapie der chronischen Gonorrhöe. *Therap. Monatshefte.* Dezbr. 1889.

— Zur Pathologie der ADDISONschen Krankheit. *Berl. klin. Wochenschr.* 1889. No. 51.

C. EISENLOHR. Muskelatrophie und elektrische Erregbarkeitsveränderungen bei Hirnherden. *Neurolog. Centralbl.* 1890. No. 1.

— Bemerkungen über die „traumatische Neurose“. *Berl. klin. Wochenschr.* 1889. No. 52.

GOLDMANN. Ein Beitrag zur Herstellung der HEBRAsalbe. *Therap. Monatshefte.* 1890. Januar.

Die British Medical Association hat für die diesjährige Jahresversammlung in Birmingham vom 30. Juli bis 1. August zum ersten Male die Konstituierung einer Sektion für Dermatologie beschlossen. Es ist das Thema: Natur und Behandlung des Ekzems zur Diskussion gestellt. Der Präsident JONATHAN HUTCHINSON hat Dr. UNNA (Hamburg) im Namen des Komitees aufgefordert, den einleitenden Vortrag für dieselbe zu übernehmen.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. №. 9. 1. Mai 1890.

Aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg.

Über Resorcin und eine besondere Form der Anwendung desselben bei Hautkrankheiten.

Von

Dr. P. Dreckmann
in Recklinghausen.

Das Resorcin wurde im Jahre 1863 von Hlasiwetz und Barth als ein Zersetzungsprodukt verschiedener Harze entdeckt, im Jahre 1868 von Körner synthetisch aus Metajodphenol und Kali dargestellt und zehn Jahre später von Andeer auf Grund ausgedehnter Versuche und Beobachtungen als Arzneimittel in die Praxis eingeführt und empfohlen. Seitdem wurden allenthalben die verschiedensten Versuche damit angestellt, als deren Resultat bis jetzt festgestellt ist, daſs die wesentlichsten, in Betracht kommenden Wirkungen des Resorcins zurückzuführen sind auf seine antiseptischen, antifermentativen und antifebrilen Eigenschaften.

Die Erwartungen, welche ursprünglich an die Leistungsfähigkeit und die Brauchbarkeit des Resorsins bei innerer und äuſserer Anwendung geknüpft wurden, haben sich im allgemeinen nicht in dem gehofften Maſse erfüllt, indem sich im Laufe der Zeit herausstellte, daſs das Resorcin als Antipyreticum besonders seiner toxischen Nebenwirkungen, aber auch der nicht genügenden Sicherheit seiner Wirkung wegen mit andern bewährten Arzneimitteln nicht konkurrieren konnte, während seine Anwendbarkeit als Antifermentativum und Antisepticum wegen seiner toxischen und, bei etwas stärkerer Koncentration, schmerzerregenden Wirkung eingeschränkt wurde.

Indem so die Bedeutung des Resorcins als Therapeuticum in der internen und chirurgischen Praxis eher im Ab- als im Zunehmen begriffen ist, scheinen die Erfahrungen, welche man in der Anwendung des Resorcins bei Hautkrankheiten gemacht hat, demselben günstigere Aussichten für die Zukunft zu gewähren. Auch in der Dermatotherapie war es wiederum Andeer, der das Mittel zuerst, und zwar bei akut infektiösen Hautkrankheiten empfahl.

Weitere Versuche wurden gemacht von Nussbaum, Ihle, Rubino und andern, und es ergab sich, daſs die Behandlung der Blattern, der Sycosis parasitaria, des Haarschwundes, des Keloids, des Epithelioms, des Herpes tonsurans und vieler anderer Erkrankungen der Haut mit Resorcin durchweg von günstigen, teilweise vorzüglichen Erfolgen begleitet war, so daſs man die Aufnahme des Resorcins in den Arzneischatz der Dermatologie schon auf Grund dieser Erfahrungen und Resultate als eine Bereicherung desselben betrachten kann. Gleichzeitig mit den vorhin genannten Forschern wurden von Unna praktische Versuche mit Resorcin angestellt und zugleich Untersuchungen über die Natur und das Wesen derjenigen Veränderungen der Gewebe überhaupt und der Haut im besonderen gemacht, welche das Resorcin je nach der angewandten Menge und der Form der Anwendung hervorzurufen imstande ist. Auf Grund dieser und analoger Untersuchungen mit einigen andern, bezüglich ihrer Wirkungen verwandten Arzneimitteln stellte Unna eine Klasse derselben zusammen, die er mit dem Namen „reduzierende" bezeichnete, und zu welcher Klasse auch das Resorcin zu rechnen ist. Die hierher gehörenden Arzneimittel, von denen ich auſser dem Resorcin noch Chrysarobin, Pyrogallol, Ichthyol, Schwefel nennen will, haben nach Unna eine gemeinsame charakteristische Eigenschaft, nämlich: den mit ihnen in Zusammenhang gebrachten Geweben Sauerstoff zu entziehen. Aus dieser Eigenschaft leiten sich die Folgeerscheinungen ab, welche Unna bezeichnet als Verhornung der Epithelzellen, Verschluſs der Ausführungsgänge der Hautdrüsen mit der sich daran schlieſsenden Pustulation; bei der Anwendung der Mittel in stärkerer Dosierung: Zerfall der Epithelzellen, eiterige Entzündung des Papillarkörpers, Transsudation durch die geschädigten Gefäſswandungen, Bildung von Blasen und Pusteln u. s. w. Als hier in Betracht kommende sonstige Wirkungen resp. Nebenwirkungen der Reducentien will ich noch erwähnen: eine je nach der angewandten Menge verschiedene, lindernde oder reizende, Wirkung auf die Nerven, sowie eine Verfärbung der Epithelzellen vom hellbraun oder hellgrau bis zum schwarz.

Auf dieser, meines Wissens bis jetzt nicht widerlegten Theorie Unnas bauen sich die Prinzipien auf, nach denen bei der Anwendung der reducierenden Mittel, und speziell des Resorcins zu verfahren ist.

Da also das Resorcin die Eigenschaft besitzt, bei schwacher Einwirkung, d. h. bei Anwendung desselben in 1—3%igen Lösungen, eine schnellere Verhornung der Epithelzellen zu bewirken und damit die Bildung einer Hornschicht zu begünstigen, bei starker Einwirkung, d. h. bei Anwendung in koncentrierter, 10—50%iger Verbindung einen Zerfall und Macerierung der Hornsubstanz hervorzurufen, so wird man analog die schwachen Resorcinlösungen bei solchen Hauterkrankungen zur Ar-

wendung bringen, welche zu einer Erweichung, Verdünnung oder Beseitigung der Hornschicht geführt haben, während man andererseits die starken Dosierungen dann benutzen wird, wenn es sich um Beseitigung von durch Krankheitsprozesse der Haut hervorgerufenen hyperplastischen Verdickungen der Hornschicht handelt.

Aus diesen allgemeinen Grundsätzen deduziert sich dann weiter die Lehre, daſs es für diese beiden, eben unterschiedenen, Kategorien der Hautkrankheiten bei der Behandlung eine gewisse Grenze gibt, über welche hinaus das Resorcin, sei es in schwacher, sei es in starker Dosierung, nicht weiter angewandt werden darf, weil bei der weiteren Anwendung sich schädliche Wirkungen des Resorcins bemerkbar machen würden, welche darin beständen, daſs auf der einen Seite die gewollte und erreichte Austrocknung einer feuchten Hautpartie, Verdickung einer zu dünnen und Neubildung einer fehlenden Hornschicht übergehen würde in eine Hyperplasie von verhornten Zellen, Trockenheit und Sprödigkeit der Haut, Bildung von Rhagaden, Pustulation infolge Verschlusses der Drüsenausführungsgänge durch Epidermismassen u. s. w., während auf der andern Seite die üblen Folgen des Gebrauchs starker Resorcindosen, welche sind: Ödem, Blasenbildung, eiterige Entzündung des Papillarkörpers etc., dann eintreten würden, wenn diese Dosen noch weiter auf die Haut appliziert würden, nachdem durch die bisherige Anwendung die beabsichtigte Verdünnung und Macerierung hyperplastischer Verdickungen bereits erreicht worden ist.

Eine von Tag zu Tag streng kontrollierende Aufmerksamkeit seitens des Arztes ist also ein Haupterfordernis beim Gebrauch des Resorcins bei Hautkrankheiten dieser Art.

Ein anderer wohl zu erwägender Faktor ist weiterhin die Form, in welcher man das Resorcin zur Anwendung bringt.

Als Vehikel für starke Resorcindosen benutzt man am besten die Salben- oder Pastenform, oder das Mittel in Substanz; für schwache die wässerigen oder wässerig-spirituösen Lösungen, oder auch Verdünnungen mit Milch oder Thee.

Eine andere Form der Anwendung, welche meines Wissens bis jetzt sehr wenig versucht und beschrieben ist — ich finde in der Litteratur nur ein Referat über einen Vortrag von Unna (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*) über diesen Gegenstand —, wurde von mir in ausgedehntem Maſse angewandt und auf ihren Wert geprüft; dieselbe besteht in der Verbindung des sogenannten Dunstverbandes mit Resorcin in der Weise, daſs die Flüssigkeit, die zur Tränkung der unter der impermeablen Verbanddecke befindlichen Leinen- oder Wollstoffe dient, aus einer Resorcinlösung besteht.

Die Behandlung von Hautkrankheiten durch die Applikation eines

impermeablen Stoffes (Kautschuk, Gummi) auf die erkrankte Hautpartie wurde zuerst in Frankreich versucht. E. BESNIER veröffentlichte im Jahre 1875 in einer Broschüre: *La toile de Caoutchouc dans le traitement des affections de la peau*, die in HARDYS Klinik am Hospital St. Louis auf Anraten eines französischen Arztes, Namens COLSON, viele Jahre hindurch angestellten Versuche mit dieser Behandlungsmethode und empfiehlt dieselbe auf das wärmste bei einer groſsen Anzahl von Dermatonosen, besonders Ekzemen.

HEBRA der Ältere, in Wien, der diese Behandlungsmethode bei einem Besuche in Paris im Jahre 1867 kennen gelernt hatte, machte daraufhin ebenfalls ausgedehnte Versuche mit derselben und kam auch zu ähnlichen günstigen Resultaten, die er in *Auspitz' Archiv* 1869 mitteilte. Die von HEBRA angestellten Versuche unterscheiden sich von den seitens der Franzosen gemachten insofern, als letztere den Okklusionsverband fast ausschlieſslich bei Ekzemen angewandt hatten, während HEBRA auch Versuche bei andern Hautkrankheiten, z. B. Psoriasis, Ichthyosis, Tylosis, Pityriasis anstellte.

Während nun die Applikation des Okklusionsverbandes sowohl in Paris als in Wien technisch in der Weise geschah, daſs die undurchlässige Verbanddecke direkt auf die erkrankte Hautpartie befestigt wurde, unterscheidet sich der von mir angewandte Verband von jenem im wesentlichen durch drei Modifikationen: 1. zwischen Haut und Verbanddecke befindet sich eine Lage hydrophylen Stoffes, z. B. Watte, Leinwand; 2. diese Stoffe sind durchfeuchtet mit Wasser, welches 3. ein Arzneimittel, und zwar das Resorcin, in Lösung enthält. Der Verband ist also im Prinzip ein PRIESSNITZscher Umschlag plus einem Arzneistoff.

Ich will nicht unterlassen zu bemerken, daſs ich zu meinen Versuchen durch UNNA veranlaſst wurde, der schon früher selbst einige derartige Versuche gemacht und auch, wie oben erwähnt, kurz hat mitteilen lassen. Die günstigen Resultate dieser wenn auch wenigen Versuche lieſsen mir weitere Versuche gerechtfertigt erscheinen.

Was nun zunächst vom theoretischen Standpunkt aus betrachtet die wichtigsten Wirkungen betrifft, welche bei der Anwendung dieses Verbandes, den ich nach UNNA kurz Resorcindunstverband nennen will, in bezug auf die Haut zu erwarten sind, so wären dieselben etwa folgendermaſsen zu statuieren:

Unter der impermeablen Decke werden sich die Hautsekrete, seien sie in normaler oder in anormaler Beschaffenheit und Menge vorhanden, ansammeln, und die Verdunstung derselben wird verhindert werden; die Epidermis ist also einer fortdauernden feuchten, gleichmäſsigen Wärme ausgesetzt, sie quillt leicht auf, und das bei vielen Hauterkrankungen vorhandene und häufig durch Trockenheit und Sprödigkeit der Epidermis

verursachte Spannungsgefühl und Jucken läſst nach. Bei länger andauernder Einwirkung der feuchten Wärme geht die Aufquellung der Hornschicht der Haut über in Erweichung, Zerfall und Maceration derselben, und es kommt an Körperstellen mit relativ dünner Hornschicht, z. B. am Rumpf und Hals, zur völligen Exfoliation derselben, an Körperstellen mit relativ dicker Hornschicht, z. B. an den Extremitäten, zur Beseitigung der obersten Lagen der Hornschicht und zu einer verstärkten Aufquellung und Verdickung der untersten Schichten, welche dann wieder einen vermehrten Druck auf die Cutis zur Folge haben wird. Dieser vermehrte Druck wird an den betreffenden Stellen die Blutcirkulation in den Gefäſsen der Cutis und der darunter liegenden Gewebe befördern, die Resorption oder Verteilung vorhandener Exsudate, kleiner Abscesse (Furunkel, Pusteln) begünstigen und beschleunigen.

Nicht unerwähnt darf bleiben, daſs der Abschluſs der Luft von der unter der impermeablen Decke befindlichen Hautpartie für manche Pilzvegetationen durch Entziehung des Sauerstoffs verderblich oder doch wenigstens wachstumsbehindernd ist.

Die zwischen die Haut und Verbanddecke eingeschobene feuchte Einlage wird die sich ansammelnden Hautsekrete aufsaugen und verdünnen, den Feuchtigkeits- und Wasserdampfgehalt unter der impermeablen Decke vermehren und also die Wirkungen der permanenten feuchten Wärme vermehren und verstärken. Nebenbei wird die Einlage der von ihr bedeckten Hautpartie auch immerhin einigen Schutz gegen mechanische Insulte von auſsen: Reiben, Stoſsen, Quetschen, gewähren.

Von sehr wesentlicher Bedeutung wäre weiterhin der Gehalt des Wassers an Resorcin mit allen ihm in dieser schwachen Koncentration zukommenden, schon oben geschilderten Wirkungen. Auch die des infizierende Eigenschaft des Resorcins dürfte in einzelnen Fällen nicht ganz auſser Acht zu lassen sein.

Was nun die praktischen Erfolge anlangt, welche von mir bei der Anwendung des Resorcindunstverbandes erzielt wurden, so entsprachen dieselben durchweg den vorstehenden theoretischen Kalkulationen. Es würde zu weitschweifig sein und es erscheint mir auch nicht erforderlich, die über 30 Krankheitsfälle, über welche sich meine Beobachtungen erstreckten und bei welchen die geschilderte Behandlungsmethode möglichst konsequent durchgeführt wurde, einzeln in extenso mitzuteilen; ich will mich vielmehr darauf beschränken, das Facit derselben zu berichten und nur am Schluſs der Arbeit die Geschichte einiger Krankheitsfälle wieder zu geben, welche einerseits das Gesagte zu illustrieren geeignet sind, anderseits erkennen lassen werden, daſs die Resorcindunstverbände nicht wie manche andere Methoden der neuern Dermatotherapie nur an einem wohlgeleiteten Hospital mit geschultem Wartepersonal ver-

wendbar sind, sondern sich auch gerade sehr für die Anwendung in der gewöhnlichen Privatpraxis eignen.

Es ist zweckmäſsig, nässende Ekzeme, besonders des Kopfes, wie sie bei Kindern so häufig auftreten, nur kurze Zeit, d. h. bis zum Aufhören des Nässens mit Resorcindunstverband zu behandeln, weil bei der weitern Behandlung infolge der Resorcinwirkung eine zu starke und tiefgehende Verhornung von Epitelzellen vor sich geht, welche eine zu groſse Trockenheit, Sprödigkeit und Brüchigkeit der Haut bedingt, die allerdings, so lange der Verband liegt, von den Patienten nicht empfunden wird, sich aber sofort nach dem Abnehmen des Verbandes in höchst unangenehmer Weise geltend macht. Gelinde Blei-, Zink- oder Schwefelpräparate führen die Ausheilung glatt weiter und zu Ende.

Ich wüſste nach meinen Erfahrungen kein Mittel, durch welches das Nässen erkrankter Hautpartien prompter und dauernder beseitigt würde, als durch den Resorcindunstverband.

Hyperplastische und elephantiastische Verdickungen der Haut in Folge chronischen Ekzems, wie es z. B. häufig am Scrotum vorkommt, erweichen und macerieren in kurzer Zeit unter dem Resorcindunstverband, aber gewöhnlich nur bis zu einem gewissen Grade. Es tritt dann ein Stillstand des Heilungsprozesses ein, der sich, wie bei den nässenden Ekzemen, aus der dauernden Einwirkung des Resorcins erklärt, und muſs man unter Weglassung dieses Verbandes zur Anwendung anderer Mittel (Borax, Zink, Blei, Salicylsäure) übergehen, um das Fortschreiten der Heilung nicht aufzuhalten. Bei einem Fall dieser Art indessen, bei welchem es sich um ein Skrotalekzem mit starker Vergröſserung des Hodensacks, Verdickung der Haut und heftigem Jucken handelte, verhielt sich die Sache gerade umgekehrt, indem erst die konsequent durchgeführte Behandlung mit dem Resorcindunstverband sowohl die objektiven Erscheinungen, als auch das unerträgliche Jucken zu beseitigen vermochte, nachdem die verschiedensten Teer-Blei-Zinkpräparate mehrere Wochen lang ohne befriedigenden Erfolg angewandt worden waren.

Als besonders empfehlenswert erscheint die Anwendung des in Rede stehenden therapeutischen Hilfsmittels bei den ekzematösen Erkrankungen der Extremitäten.

Die Berechtigung zu dieser Empfehlung stützt sich einerseits auf den äuſserlichen Umstand, daſs die Anlage des Verbandes an diesen Körperteilen bequem und sicher mit derjenigen Vollkommenheit geschehen kann, welche zur Erzielung eines bestmöglichen Effektes erforderlich ist, andererseits aber auf die Erwägung, daſs die Hornschicht der Haut der Extremitäten nach den distalen Enden zu immer dicker und also auch undurchdringlicher für jedwede Arzneistoffe wird, als die des übrigen Körpers; infolge dieses Umstandes zeigt nun die Haut der Extremitäten im Ver-

gleich zu der übrigen eine gröfsere Widerstandsfähigkeit gegen die verschiedensten äufseren Einwirkungen, speziell eine geringere Reaktionsfähigkeit gegen Einwirkungen medikamentöser Stoffe, wie man ja z. B. so häufig die Beobachtung macht, dafs die ekzematösen und erythematösen Reizerscheinungen auf die ganze Körperoberfläche applizierter Chrysarobinsalben sich an den Extremitäten verhältnismäfsig viel später einzustellen pflegen, als am Rumpf. Beabsichtigt man also, was häufig vorkommt, an diesen Körperteilen eine andauernde und tiefgehende Einwirkung des Resorcins, so ist die Verbindung dieses mit dem Okklusivverband ein geeignetes Mittel, diesen Zweck zu erreichen, wie aus den weiter oben über die Wirkungen dieses kombinierten Verbandes gemachten Bemerkungen zu erkennen ist.

Wenn man nun auch, wie ebenfalls meine Erfahrungen mir gezeigt haben, bei den meisten Fällen chronischen Ekzems an den Extremitäten in dem Resorcindunstverband nicht etwa ein Radikal- und Universalmittel, aber doch ein entschieden wertvolles Hülfsmittel hat, das mit andern Arzneimitteln abwechselnd zweckmäfsig verwendet wird, so wird man doch auch Fälle antreffen, bei welchen man damit ganz allein zum Ziele kommt, nachdem man die Erfolglosigkeit anderer Behandlungsmethoden lange genug hat beobachten müssen. Als Beispiel hierfür mag der erste der am Schlufs mitgeteilten Fälle gelten. Bei der Schwierigkeit der Therapie in derartigen Krankheitsfällen dürfte der Erfolg dieser Behandlungsmethode in diesem Falle zu weiteren Versuchen in analogen Fällen ermuntern.

Noch eine Art von Hauterkrankung, bei der die Anwendung des Resorcindunstverbandes auf Grund einiger Beobachtungen empfohlen zu werden verdient, und bei welchen auch Hebra den Kautschukverband der Franzosen besonders empfiehlt, will ich mit Nachdruck hervorheben: dasjenige chronische Ekzem, welches bei langem Bestande und verbunden mit heftigem Jucken zu prurigoartigen Verdickungen der Haut geführt hat, die sogenannte Alterspruripo.

Denn einerseits ist dieser Verband sehr geeignet, den schwierigen Anforderungen in hervorragendem Mafse gerecht zu werden, welche diese Krankheit an die Therapie stellt: Stillung des Juckens, Aufweichung und Macerierung der spröden, hyperplastischen Epidermis, Heilung von Rhagaden u. s. w., anderseits ist es gerade diese Art der Behandlung, welche der betreffende Kranke für sich allein, ohne strenge Beaufsichtigung und Kontrolle seitens des Arztes, längere Zeit hindurch bequem und nutzbringend anwenden kann. Speziell wäre die allnächtliche Anlage dieses Verbandes solchen Kranken als Nachbehandlung zu empfehlen, die nach einer energischen klinischen Behandlung als relativ geheilt entlassen werden.

Um nun die praktisch nicht unwichtige Frage zu beantworten, in

welcher Weise die Anlage der Verbände für die verschiedenen Körpergegenden zu bewerkstelligen sei, wurden eine Menge Versuche gemacht, auf Grund deren ich folgende Vorschläge machen kann:

Als impermeablen Stoff benutzt man Wachsleinwand oder irgend einen andern haltbaren, weichen, wasserdichten Stoff, wie sie heutzutage durch die Industrie in ganz vorzüglicher, besonders auch für den vorliegenden Zweck jedem Anspruch genügender Weise verfertigt werden. Vulkanisierter Kautschuck, der von Besnier empfohlen wurde, und Gummi haben den Nachteil, daſs sie riechen und verhältnismäſsig teuer sind.

Will man den Verband auf das Gesicht applizieren, so schneidet man eine Maske aus Wachsleinwand zurecht mit Öffnungen für die Augen, die Nasenlöcher und den Mund; dann schneidet man aus einer Lage Watte eine dieser Leinwandmaske kongruente Maske und befestigt diese in die erstere mit einigen durchgezogenen Fäden. Dann erst befeuchtet man die Watte mit der Resorcinlösung.

Für einen einzelnen Finger oder für mehrere benachbarte Finger oder für eine ganze Hand benutzt man einen kleineren oder gröſseren Sack aus Wachsleinwand, dessen offenes Ende mittels einer Schnur zusammengezogen werden kann. Zur Aufnahme der anzuwendenden Flüssigkeit nimmt man weiche Mullbinden, mit denen man die einzelnen erkrankten Glieder in mehreren Lagen umwickelt. Der hierbei durch die Binden ausgeübte Druck ist auſserdem fast stets von willkommener Nebenwirkung.

Für ganze Extremitäten läſst man ganze Ärmel oder Hosenbeine aus impermeablem Stoff nach Maſs anfertigen, die dann sowohl an ihrem proximalen als distalen Ende durch anzubringende Schnüre eng um das betreffende Glied zusammenziehbar sein müssen. Auch läſst man, um allenthalben ein festeres Anliegen der Verbanddecke zu erzielen, in Abständen von 20—30 cm cirkulär durch Ösen oder Ringe laufende Schnüre anbringen.

Will man den Verband an Stellen des Rumpfes oder den ganzen Rumpf applizieren, so befestigt man ihn am besten durch Umlegen von breiten weichen Binden, oder man läſst je nach der Gröſse der zu bedeckenden Stellen gröſsere oder kleinere, vollständige oder unvollständige Korsets anfertigen, die durch Bänder, welche über die Schultern laufen, getragen werden. An der obern und untern Öffnung des Korsets legt man dann, des bessern Verschlusses wegen, noch eine oder mehrere cirkuläre Bindentouren.

Für den ganzen Körper endlich läſst man 2 Anzüge machen: einen weiteren aus impermeablen Stoff und einen eng anliegenden aus Trikot oder irgend einem andern zur Aufnahme von Flüssigkeit geeigneten Stoffe. Auch hier ist für ein möglichst festes Aufliegen des wasserdichten Stoffes

auf die Unterlage, sowie für den möglichst vollkommenen Abschlufs der äufseren Luft durch zweckmäfsige Anbringung von Schnüren, Bändern und Binden Sorge zu tragen.

Auf ganz kleine Stellen, z. B. auf dem Handrücken und am Rumpfe, befestigt man den Verband ganz zweckmäfsig durch Überleimen des wasserdichten Überzugs mit Zinkleim.

Krankengeschichten.

1. Fall. Herr L., früher Bäckermeister, 83 Jahr alt, von hoher Statur, sehr kräftigem Körperbau, in Anbetracht seines Alters noch sehr rüstig, erkrankte nach seiner Angabe zuerst vor 3 Jahren an einem intertriginösen Ekzem der Zehen des linken Fufses, das aber unter passender Behandlung nach 3monatlichem Bestehen wieder verschwand. Die nächste Erkrankung, welche im März 1889 auftrat, bestand in einem nässenden Hautausschlage des linken Unterschenkels, der längere Zeit von dem Hausarzt ohne Erfolg behandelt wurde. — Es zeigte sich bei der am 26. September vorgenommenen Untersuchung des Körpers, dafs das Ekzem des Unterschenkels nur eine Teilerscheinung eines weitverbreiteten seborrhoischen Ekzems war. An beiden Vorderarmen, ziemlich symmetrisch an der Extensorenseite, bestanden mäfsig juckende, ziemlich stark verdickte, trockene, schuppende Plaques von über Handtellergröfse. Ein nässendes Ekzem war vorhanden am linken Ohr, besonders am äufseren Umfange der Ohrmuschel und an der hinteren Falte, woselbst sich einige schmerzhafte Rhagaden befanden. Auf der behaarten Kopfhaut leichte Pityriasis.

Am rechten Unterschenkel vorn zeigten sich mehrere trockene, scharf umrandete, stark gerötete, schuppende, juckende Plaques von Mark- bis Thalergröfse. Ähnliche Stellen, ebenfalls an der Vorderseite befindlich, befanden sich am linken Unterschenkel; dieselben waren aber noch stärker gerötet, lebhafter juckend und beständig nässend. Der ganze linke Unterschenkel stark angeschwollen, pastös infiltriert, bedeckt mit Schuppen und Krusten, die sich gegen die gesunde Haut meist in scharfen Konturen abgrenzen. Die Affektion setzt sich in allen ihren Symptomen vom Unterschenkel auf den Fufs fort, so dafs die Fufsgelenksgegend unförmig angeschwollen und in ihren Konturen unkenntlich erscheint. Fufs und Unterschenkel bilden eine einzige, unförmliche Masse, wie bei wahrer Elephantiasis.

Die Behandlung bestand in der permanenten Anwendung des Resorcindunstverbandes, und zwar in der Weise, dafs breite, weiche Mullbinden um beide Unterschenkel und die Stellen an beiden Armen fest umgelegt und dann mit der Resorcinlösung durchtränkt wurden. Darüber wurden eigens in grofsem Mafsstabe angefertigte Strümpfe resp. Ärmel von Wachsleinwand gezogen, welche bis über die Knie resp. Ellbogen reichten und mit trockenen Binden umwunden und befestigt wurden. 2 bis 3 mal tagsüber wurde etwas Resorcinlösung nachgegossen, um die nötige Feuchtigkeit zu erhalten. Alle 2 Tage wurden die feuchten Binden ganz entfernt, die Glieder gereinigt und derselbe Verband mit frischem Material von neuem angelegt.

Nach 4wöchentlicher Behandlung war die elephantiastische Schwellung, ohne dafs der Patient bei Tage die Rückenlage einzunehmen brauchte, nahezu völlig zurückgegangen. Es wurden jetzt abwechselnd mit Dunstumschlägen Einleimungen vorgenommen, ebenfalls mit Bindendruck, um den Rest der Schwellung zu beseitigen, was ebenfalls nach weiteren 3 Wochen erreicht war. Von nun an wurde auf einigen zurückgebliebenen, trockenen, schuppigen Stellen, den ursprünglichen Ausgangspunkten des Ekzems, der Gebrauch von Teersalben angeordnet. Auf den Armen

war dieses nicht nötig, da hier unter dem Dunstverband und nachfolgenden Einleimungen das Ekzem geheilt war.

Das Ohrekzem wurde nach kurzer Behandlung mit Zinkichthyolsalbenmull zur Ausheilung gebracht.

2. Fall. Fräulein Dr., 20 Jahr alt, kräftig gebaut, seit ihrer frühesten Jugend mit schuppenden Ausschlägen des Kopfes behaftet, machte vor 2 Jahren wegen eines universellen, psoriasisartigen, seborrhoischen Ekzems eine 6wöchentliche Chrysarobin-Pyrogallol-Schmierkur durch. Von da ab war Patientin, welche nach der Kur kleinere Dosen Arsenik weiter nahm, von ihrem Leiden befreit bis zum August 1889, als das Arsenik wegen Magenbeschwerden und allgemeiner grofser Schwäche ausgesetzt werden mufste.

Sofort begann ein universelles, trockenes Ekzema seborrhoicum crustosum guttatum am ganzen Körper, besonders am Rumpfe, auszubrechen und sich auszubreiten. Nur der Kopf, der gewissenhaft durch Waschungen und Einreibung mit einer Resorcinpomade weiter behandelt worden war, blieb von der Krankheit befreit.

Behandlung. An Stelle des Arseniks wird innerlich Ichthyol genommen.

Als äufsere Behandlung wird eine allnächtliche Resorcineinpackung des ganzen Körpers angeordnet, in der Weise, dafs ein Unterleibchen und ein Beinkleid aus Zwirn mit einer Resorcinlösung aus 10 g Resorcin in 1/2 Liter warmen Wassers völlig durchtränkt angezogen wurde; darüber eine wollene Hemdhose und Einwickelung des ganzen Körpers in 2 wollene Decken. In dieser Verfassung verbrachte Patientin jede Nacht; am folgenden Morgen wurde der Verband abgenommen und der ganze Körper mit einer Speckschwarte gerieben und eingefettet. Diese Behandlung wurde vom 16. Oktober bis 19. November in derselben Weise konsequent fortgesetzt und führte zu einem völligen Schwund der Krankheitssymptome bis auf einzelne kleine Flecke an den Beinen, die durch Chrysarobin entfernt wurden.

3. Fall. Herr Sch., ein junger, sonst gesunder Mann, der von jeher mit Pityriasis capitis und Seborrhoea der Augenlider behaftet war, bekam im Herbst 1889 symmetrisch auf beiden Handrücken, besonders nach der Radialseite hin, ein marginiertes Ekzem, welches stark juckte und, besonders auf dem erhabenen Rande, näfste. Die Affektion breitete sich koncentrisch nach allen Seiten langsam aus.

Die Behandlung, welche am 19. November begann, bestand in der Anwendung des Resorcindunstverbandes bei Nacht; morgens wurde, ohne die Haut abzuwaschen, Zinkichthyolleim aufgepinselt, um bei Tage einen trockenen Verband zu haben. Patient wurde nämlich ambulant behandelt und ging seiner Beschäftigung nach. Unter dieser Behandlung schwoll die Infiltration der Handrücken ungemein rasch ab, und das Jucken hörte vom ersten Tage ab auf. Nach 14 Tagen, als nur noch sehr wenige Reste des Ekzems vorhanden waren, die nunmehr ziemlich unverändert blieben, wurde nachts eine Teertinktur unter den Resorcindunstverband auf das Ekzem aufgepinselt. Nun begannen auch die letzten Reste zu schwinden, und nach 2 Wochen war Patient geheilt.

Die Ausschabung des Ulcus molle.

Vortrag, gehalten in der syphilido-dermatologischen Gesellschaft in St. Petersburg.

Von

Dr. O. Petersen.

Meine Herren! Unter den vielfachen Mitteln, die wir im Kampfe gegen die Verbreitung der venerischen Krankheiten benutzen, spielt die möglichst rasche Wiederherstellung des einzelnen Kranken, d. h. die Herabsetzung der Zahl der ansteckungsfähigen Individuen, eine nicht unbedeutende Rolle. Wir müssen es uns also angelegen sein lassen, die bestehenden Behandlungsmethoden der venerischen Krankheiten nach Möglichkeit zu verbessern. Auf diesem Gebiete ist bekanntlich schon viel gethan worden, vieles jedoch bleibt noch zu thun übrig.

Gestatten Sie mir heute Ihre Aufmerksamkeit auf die Frage über die Behandlung des Ulcus molle zu richten. Obgleich dieses letztere an und für sich den leichteren venerischen Erkrankungen zugezählt werden muſs, so besitzt es doch eine nicht zu unterschätzende Bedeutung, in Anbetracht des möglichen Auftretens von Bubonen, welche die Kranken auf Wochen und Monate hinaus arbeitsunfähig machen können; anderseits aber eine möglichst rasche Heilung des Ulcus molle, die Wahrscheinlichkeit ihres Erscheinens entsprechend herabzusetzen imstande ist.

Bei der Besprechung der Behandlungsmethoden des Ulcus molle weist Prof. Gay[1] auf 3 Umstände hin, die nie auſser Acht gelassen werden sollten, nämlich:

1. Auf möglichste Reinerhaltung des Geschwürs;

2. Auf möglichste Verhütung der Nachbarschaft vor Infektion mit dem Geschwürsekret;

3. Auf möglichste Beschränkung der Entzündung und mithin Verhinderung der Verbreitung des Geschwürs.

Im allgemeinen kann man nichts gegen diese Forderungen einwenden, und im wesentlichen fallen sie mit dem zusammen, was ich gleich zu sagen mir erlauben werde.

Um eine Krankheit rationell behandeln zu können, ist es unumgänglich, ihre Ätiologie zu kennen. Welcher Art ist diese beim Ulcus molle? Wir wissen, daſs diese Erkrankung rein lokal, kontagiös und im

[1] *Cursus der venerischen Krankheiten.* 3. Ausgabe. 1888. pag. 217. (russ.)

höchsten Grade ansteckungsfähig ist. Es bleibt vorläufig nur die Frage unbeantwortet, ob das infizierende Agens chemischer Natur, ein Ptomäin, oder ein Mikroorganismus ist. Wie Ihnen wohlbekannt, ist vor kurzem eine Arbeit von FINGER erschienen, in welcher er zu beweisen sucht, daſs ein spezifisches Ulcus molle Virus nicht existiere. Nach FINGER[2] ist das Ulcus molle nur ein Produkt der Eiterübertragung: jeder Eiter könne unter günstigen Bedingungen am Menschen Geschwüre hervorrufen, die erfolgreich weiter geimpft werden können. Allein schon einige Zeilen weiter gibt FINGER zu, daſs uns diese „günstigen Bedingungen" unbekannt seien. Wenn die FINGERschen Reflexionen richtig wären, so müſste es Wunder nehmen, daſs auf den chirurgischen Kliniken, wo man ja doch mit so verschiedenen Gattungen von Eiter zu thun hat, keine Ulcera mollia zur Beobachtung kommen.

Bereits vielfach und seit langer Zeit haben die Autoren, die sich für diese Frage interessierten, das infizierende Agens in Migroorganismen gesucht. Die letzte Arbeit auf diesem Gebiete, von dem italienischen Arzte PRIMO-FERRARI, bringt eine recht interessante Thatsache. FERRARI[3] teilte im Jahre 1885 den Befund von Bacillen in den Epithelzellen und Eiterkügelchen, die er vorher sterilisierten Schankergeschwüren entnommen hatte, mit. Diese Bacillen waren viel dünner und kleiner, als die Tuberkel- und Leprabacillen. In der Absicht, die FERRARIschen Angaben zu kontrollieren, machte ich Präparate von Schankersekret und fand gewöhnlich 3 Arten von Bacillen und 2 Arten von Kokken. Meine Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen, und Reinkulturen habe ich noch nicht erhalten; jedenfalls kann ich aber bestätigen, daſs ich unter den beobachteten Mikroorganismen regelmäſsig die FERRARIschen Stäbchen gefunden habe; auſserdem schwanden in den, aus dem durchsichtigen Inhalt der weitergeimpften Ulcera mollia entnommenen Sekret der Initialbläschen die anderen Mikroorganismen immer mehr, während die FERRARIschen Bacillen an Zahl zunahmen.

Ich persönlich bin jedenfalls davon überzeugt, daſs wir das infizierende Virus des Ulcus molle in Mikroorganismen zu suchen haben, und daher ist die Hauptindikation bei der Therapie des Ulcus molle, diese Mikroorganismen zu vernichten, d h. das Geschwür zu desinfizieren, was ja schon teilweise durch mehrere Behandlungsmethoden erzielt wird. Ich will jetzt zu den heutzutage gangbaren Behandlungsmethoden übergehen.

In den Handbüchern sind eine ganze Reihe von Mitteln angegeben;

---

[2] *Die Syphilis und die venerischen Krankheiten.* Leipzig und Wien. 1880. pag. 108.

[3] JULLIEN, *Traité pratique des maladies vénériennes.* Paris 1886.

der eine rät zu diesem, der andere zu jenem. MANSSUROW[4] teilt dieselben in 2 Gruppen: in die abortiven und in die heilenden Mittel. JULLIEN[5] unterscheidet eine kaustische, eine desinfizierende und eine adstringierende Methode.

Zur Abortivbehandlung empfehlen sämtliche Autoren stark ätzende Mittel, als: Wiener Ätzpaste, Höllenstein in Substanz, Ätzkali, ferrum candens, Pacquelin.

Prof. GAY äufsert vollständig richtig, dafs alle diese Mittel nur in den ersten 4 Tagen angewendet werden können und sämtlich bedeutende Schmerzen verursachen, abgesehen davon, dafs Ätzkali und die Wiener Ätzpaste unerwünschte Substanzverluste herbeiführen können. Es wäre wohl schon längst an der Zeit, sie von der Tagesordnung der Ulcusmolle-Therapie zu streichen! Was die Ätzungen mit Argent. nitric. in Substanz betrifft, so halte ich es für meine Pflicht, hinzuzufügen, dafs dieselben gewöhnlich eine derartige entzündliche Induration hervorrufen, dafs es schwer hält, ein derartig malträtiertes Ulcus molle von einem Ulcus induratum zu unterscheiden.

Prof. GAY führt ferner folgende Mittel an, die häufiger angewandt werden:

1. Kompressen mit Argent. nitric. in Lösung von 0,1—0,3 auf 30,0 Aqua dest.; mit Lösungen von Cupr. sulfur. 0,05—0,1 auf Aqua dest. 30,0; von Chlorzink 0,15 auf 30,0; von Acid. Carbol 1,0—2,0 auf 30,0, wenn der Verlauf ein zögernder — aromatische Wässer, Tanninlösungen u. s. w.

2. Pulverisierungen — früher mit Kalomel, jetzt mit Jodoform und Jodol.

3. Salben, — von diesen letzteren rät jedoch GAY aufs entschiedenste ab, und, wie ich denke, mit vollem Recht.

In dem MANSSUROWschen Buche finden wir noch Mittel, wie Aqua phagedanica nigra und eine Lösung von Acid. Karbol 0,05 auf Ol. Olivar 30,0. Für das beste Mittel hält er Kompressen mit einer Chlorzinklösung (0,05 : 30,0). Ferner führt er Salben an, als Unguent. basilic. nigrum i. e. eine Teersalbe; eine Salbe aus Acid. Salicyl 4,0 auf Axung porci 30,0 u. s. w.

FINGER rät Umschläge von Cuprum. sulfuric. Lösungen 0,2 : 20,0 Aqua dest.; Kali caust. 0,3: Aqua dest. 30,0; Salben von Hydrarg. präcip. rubr. 0,3 auf Vaselin 30,0 u. s. w. Mit allen diesen Mitteln mufs 2 mal täglich verbunden werden.

Ich könnte noch eine ganze Serie von Mitteln anführen, wenn ich nicht Ihre Aufmerksamkeit zu mifsbrauchen fürchtete. Ich will nur

---

[4] *Cursus der venerischen Krankheiten.* Moskau 1888.
[5] l. c. pag. 398. 406.

noch auf ein Mittel aus der russischen Litteratur hinweisen, welches in den Lehrbüchern nicht erwähnt ist, nämlich das Trichlorphenol (vorgeschlagen von Dr. RUBEZ); jedoch haben die Beobachtungen von TOMASCHEWSKI[6] in der Klinik des Prof. W. M. TARNOWSKI die vollständige Unanwendbarkeit des Mittels in der Ulcus molle-Therapie dargethan.

Die gröfste Mehrzahl der eben erwähnten Mittel sind in meiner Abteilung des ALEXANDER-Hospitals im Laufe der letzten 10 Jahre angewandt worden, am meisten jedoch ist das Jodoform, auch bis jetzt noch, benutzt worden, teils als Pulver, teils in ätherischer Lösung. Aufserdem wurde aber noch mit Naphthol (1881), Salicylsäure (1882) Bismuthum subnitricum und Creta alba (1883) experimentiert. Bei frischen Ulcera mollia waren auch diese Mittel, aufser Creta alba, als desinfizierend ganz gut verwendbar. Naphthol aber reizte, und die Salicylsäure bildete teigartige Klümpchen, unter denen sich Eiter ansammelte u. s. w.

Von dem Wunsche beseelt, die Heilung des Ulcus molle möglichst zu beschleunigen, bin ich schliefslich bei 3 Methoden stehen geblieben, die mir durchaus günstige Resultate liefern.

1. Die Excision. War es wünschenswert, das Ulcus molle möglichst rasch zur Verheilung zu bringen, ebenso bei follikulären Schankern, die stets sich sehr in die Länge ziehen, so fafste ich das Ulcus mit einer Pincette und entfernte es mit einem Scherenschlage, zugleich mit einem Teil der benachbarten Haut. Hierauf wurde genäht; gewöhnlich war nach 3 Tagen prima intentio eingetreten. Es ist wohl selbstredend, dafs die Operation unter allen antiseptischen Kautelen ausgeführt wurde. Gegen die Excision läfst sich anführen, dafs sie schmerzhaft ist und je nach dem Sitz des Ulcus, z. B. an der Glans, nicht ausgeführt werden kann. Dagegen kann ich mich mit dem, was Prof. GAY gegen die Excision anführt, unmöglich einverstanden erklären, wenn er sagt, „die Praxis habe die ganze Unzulässigkeit dieser Methode" dargelegt. Er begründet seine Ansicht damit, dafs er meint, in Fällen, wo mehrere Ulcera vorhanden seien, würde eine grofse Verunstaltung herbeigeführt werden, da man ja nicht am äufsersten Rande des Geschwürs schneiden könne. Ich wiederhole, dafs man eben nicht in jedem Falle die Methode anwenden könne.

2. Pinselung mit Jodtinktur. Diese Methode gibt, namentlich bei kleineren, frischen Geschwüren, oder bei älteren schlaffen Ulcera recht gute Resultate, jedoch auch hier kommen bisweilen Reizungserscheinungen zur Beobachtung.

---

[6] *Wratsch.* 1883. No. 18—21.

3. Die Ausschabung. Diese Methode benutze ich bereits seit 1½ Jahren und habe mit ihr so gute Resultate erhalten, daſs ich sie den Kollegen nicht warm genug empfehlen kann. Durch die Ausschabung verwandeln wir in einigen Minuten das Schankergeschwür in eine reine Wundfläche, (wie ich das oftmals sowohl in der Klinik, wie Poliklinik meinen Zuhörern ad oculos demonstrieren konnte), welche hierauf unter den gewöhnlichen Wundmitteln (Jodoformpulverungen, Verband mit Jodoform- oder Sublimatmarlit) in kurzer Zeit verheilt. Die Technik ist dabei äuſserst einfach. Nachdem das Ulcus mit einer Karbol- oder Sublimatlösung abgewaschen und mit in Äther getränkter Wolle abgetupft worden, nehmen Sie einen möglichst kleinen, scharfen Löffel und kratzen ebenso, wie man es mit einem Lupus, einem gewöhnlichen, schlaffen Geschwür u. s. w. zu thun pflegt.

Die Methode hat einen einzigen Nachteil — die Schmerzhaftigkeit, allein auch dem ist leicht abgeholfen, wenn man 8—10 Minuten früher eine subkutane Injektion mit Cocaïn. muriatic. macht. Abgesehen davon dürfte die Schmerzhaftigkeit beim Ausschaben kaum gröſser sein, als beim Beizen mit Ätzkali, Ätzpaste, Schwefel- oder Salpetersäure, wozu noch kommt, daſs alle diese letzteren Mittel Schorfe setzen, welche mehr oder weniger lange Zeit haften bleiben und eine nicht gerade geringfügige, entzündliche Reaktion hervorrufen.

Es bleibt mir also nur übrig, statistisch nachzuweisen, wie die Resultate beschaffen waren, die ich nach Anwendung dieser Methode in meiner Abteilung erhalten habe. Um nicht Ihre Aufmerksamkeit mit Krankengeschichten zu ermüden, will ich kurz erwähnen, daſs unter 300 Ausschabungen die Vernarbung im Mittel 9,9 Tage in Anspruch nahm (bei den früheren Behandlungsarten brauchten 1887 die unkompli zierten Ulcera mollia im Mittel 19,9 Tage — im Jahre 1880 gar 25,2 Tage); 26 mal trat Heilung nach 3 Tagen ein, 20 mal nach 5 Tagen u. s. w. In einzelnen Fällen (die gewöhnlich anämische und chronische Alkoholiker betrafen) zog sich die Vernarbung über 22—25 Tage hin, aber bei jeder anderen Methode verzögert ja ein mangelhafter Ernährungszustand die Vernarbung gleichfalls.

Zum Schluſs führe ich eine Tabelle an, welche die Behandlungsresultate der letzten 8 Jahre im Alexander-Hospital, rücksichtlich der Krankentage, ersichtlich machen soll; in diese Tabelle sind sämtliche, komplizierte und unkomplizierte Fälle mit einbegriffen. Es ist selbstverständlich, daſs je nach der Zahl der komplizierten Ulcera mollia auch die Dauer des Hospitalaufenthalts sich dementsprechend verhält.

3055 in den Jahren 1881—1888 im Alexanderhospital behandelte Ulcera mollia.

Jahre	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888
Anzahl der Ulcera mollia	279	401	364	410	289	513	697	102
Komplikationen in %	68,8	51,8	56,9	70,3	54,0	51,5	50,5	62,1
Mittel der Krankentage	34,3	26,1	27,1	28,6	22,9	26,5	25,3	20,7

Aus dieser Tabelle ist ersichtlich, daſs das Mittel aus den Krankentagen proportional ist der Anzahl der komplizierten Fälle; im Jahre 1888 dagegen, in dem die Ausschabung der Ulcera mollia systematisch betrieben wurde, ist das Mittel der Krankentage geringer als in sämtlichen übrigen Jahren, trotzdem die Anzahl der komplizierten Fälle gröſser war, als in den 3 vorhergehenden Jahren, da die leichteren Fälle von Ulcus molle einfach ambulatorisch ausgeschabt wurden.

Das Mittel der Krankentage in den ersten 7 Jahren (2953 Fälle) beträgt 27,5; nach Einführung der Ausschabung 20,7; mit anderen Worten, die Behandlungsdauer wird im Mittel um eine Woche verkürzt. — Über das Seltenerwerden der Bubonen als Folgekrankheit des Ulcus molle, seitdem es möglichst frühzeitig ausgeschabt wird, darüber soll in nächster Zeit einer meiner Assistenten berichten.

Aus der Klinik und dem Laboratorium von Dr. P. G. Unna in Hamburg.

Über die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata).

Von

Dr. Unna,

in Gemeinschaft mit

Dr. Santi (Bern) und Dr. Pollitzer (New-York).

Wenn ich es unternehme, an zwei merkwürdigen Fällen, welche kurz nacheinander im vorigen Jahre in meiner Klinik zur Beobachtung gelangten, den Typus einer neuen Parakeratose aufzustellen, so ist es

meine Pflicht, diesen von AUSPITZ in unsere Wissenschaft eingeführten Begriff zuerst von meinem Standpunkte aus einer kritischen Erörterung zu unterziehen.

Ein jeder Dermatologe weiſs, wie AUSPITZ zu der Aufstellung dieser Gruppe gelangte und gelangen muſste. Es galt ihm vor allem, den alles verschlingenden allzuweiten Begriff der Hautentzündung im HEBRAschen System auf seine richtigen Grenzen zurückzuführen und alle diejenigen Dermatosen aus der vierten HEBRAschen Gruppe herauszunehmen, welche nicht notwendig — klinisch wie anatomisch — alle Charaktere der Entzündung aufwiesen. F. HEBRA hatte in dieser vierten Gruppe ja die akuten Exantheme, die polymorphen Erytheme, die Urticariaarten, traumatische Entzündungen, Verbrennung, Erfrierung, Erysipel, Furunkel, Anthrrax, Rotz, alle Herpesarten, die Miliariaumschläge, die Psoriasis, Lichen ruber und Lichen planus, die Ekzeme, Prurigo, Scabies, Akne und Sykosis, Impetigo und Pemphigus zusammengefaſst — alles unter den Begriff der exsudativen Dermatosen. Man weiſs, daſs AUSPITZ die akuten Exantheme[1], die polymorphen Erytheme, Herpes und Urticariaarten in einer neuen Gruppe der Angioneurosen vereinigte, die Prurigo seinen Idioneurosen zuteilte und Pemphigus, Psoriasis und Lichen ruber den Epidermidosen zurechnete. Auf diese Weise enthielt seine — der HEBRAschen vierten entsprechende — erste Klasse der einfachen Entzündungsprozesse nur noch die Ekzeme und Erytheme[2], die parasitären und traumatischen Entzündungen, Miliaria, Akne, Sykosis, Ekthyma, Verbrennung und Erfrierung, Furunkel, Pflegmonen und Erysipel.

Psoriasis und Lichen ruber und planus, welche auch bei F. HEBRA nahe zusammen stehen, wanderten bei AUSPITZ gemeinschaftlich in eine Unterabteilung der Epidermidosen, welcher er den Namen Parakeratosen beilegte. Wir verstehen es nun sehr wohl, daſs AUSPITZ in seinem Bestreben, eine radikale Säuberung der Klassen der Dermatitiden vorzunehmen, gerade an der Stellung der trockenen Psoriasis und der Lichenarten in derselben Anstoſs nahm. Glaubte er doch, daſs „eine flüssige Exsudation, eine Eiterabsonderung, eine Abscefsbildung, eine Ulceration die wesentlichen klinischen Zeichen eines typischen Exsudationsprozesses[3]“ sein, die allerdings „noch niemand bei Psoriasis nachgewiesen“ hat.

Wir können aber auch mit Sicherheit sagen, daſs AUSPITZ heutzutage den Begriff der Entzündung ganz gewiſs nicht mehr an das Vorhandensein von Eiterung und Ulceration geknüpft hätte. Wir wissen eben heute zu gut, daſs die eiterige Entzündung nur eine ganz bestimmte Form der

[1] Leider auch Pocken, Rotz und Milzbrand.
[2] Also HEBRAS ganze erste Klasse auch.
[3] *System*. pag. 125.

Entzündung überhaupt und durchaus nicht das Höhestadium jeder Entzündung darstellt. Das Fehlen der Pustulation und Ulceration würde mithin jetzt nicht mehr als genügender Grund anzusehen sein, die Psoriasis und den Lichen ruber als „Parakeratosen" von den Dermatitiden abzutrennen.

Aber im Grunde genommen hätte AUSPITZ auch schon 1881 (*System*) die Motivierung dieser Abtrennung anders fassen sollen. Denn hatte er nicht sämtliche Erytheme und Ekzeme als oberflächliche Hautentzündungen bezeichnet, von denen die ersteren niemals eitrigen Zerfall aufweisen und die letzteren sich auch nach der damaligen Annahme nie zu ulcerativen Prozessen steigerten, außer bei hinzutretenden Komplikationen?

Mit dem Nachweise einer verfehlten Motivierung ist aber noch durchaus nicht gesagt, daſs nun auch die Abtrennung selbst eine grundlose gewesen ist. Hier waltete im Gegenteile ein klinischer Takt selbständig vor, ohne gleich das richtige pathologisch-anatomische Fundament gewinnen zu können. Hat doch auch F. HEBRA etwas Ähnliches empfunden, wenn er in der zweiten Auflage etwas reserviert den histologischen Befund bei Psoriasis dem bei der Entzündung vorkommenden „vergleichbar" nennt. Und so ist denn auch der Begriff der „Parakeratosen" für Psoriasis und die der Psoriasis ähnlichen Krankheiten mit der Nebenbedeutung eines von der typischen Entzündung abweichenden Vorganges sehr bald in den Sprachgebrauch vieler Kliniker übergegangen, mehr als manche besser begründete Neuheiten des AUSPITZschen Systems.

Wollen wir aber den — wie es doch scheint — praktischen Begriff der Parakeratosen heutzutage festhalten, so müssen wir demselben einen den modernen Anschauungen entsprechenden Inhalt geben, wir müssen eine neue Definition desselben versuchen.

Da stellt sich nun als erste Schwierigkeit die traditionelle Verbrüderung der Psoriasis mit der Lichen ruber-Gruppe hindernd in den Weg. Daſs der WILSONsche Lichen planus im Beginne einer Entzündung des Papillarkörpers ist, haben schon die älteren Untersucher behauptet und ist durch die neueren Arbeiten von L. PHILIPPSON[4] und TÖRÖK[5], welche die Untersuchungsmethode des ersteren mit zu Rate ziehen konnten, absolut sicher geworden. Hier ist die Papillarschwellung lange Zeit hindurch das einzige Symptom und das Epithel ebenso lange nur passiv in Mitleidenschaft gezogen. Wenn es aber sekundär und später in Proliferation gerät, so zeigt die gewöhnliche Planus-Form auch dann noch keinen abweichenden Verhornungstypus, keine Parakeratose wie die Psoriasispapel. Nur in Form einer Komplikation, gleichsam tertiär, gesellen sich auch Verhor-

---

[4] *Verhandlungen d. Pariser Kongresses f. Dermat. u. Syph.*
[5] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. No. 9. Bd. VIII.

nungsanomalien hinzu; wir sprechen dann von den Varietäten des Lichen corneus und Lichen atrophicus. Auch wäre wohl keinem englischen, französischen oder amerikanischen Forscher eingefallen, den Lichen planus so nahe an die Psoriasis heranzurücken; viel eher würden dieselben mit gewissen tertiären Syphiliden einen Vergleich zulassen.

Die genannte Verbrüderung ist denn auch für AUSPITZ nur möglich gewesen durch eine mindere Berücksichtigung des WILSONschen Planus und eine einseitige Hervorhebung des HEBRAschen Lichen ruber.[6] Ob nun zwar der eigentliche, ominöse, letal verlaufende Lichen ruber HEBRAS aus seiner ersten Zeit zu den Parakeratosen zu stellen sei, ist ebenso fraglich wie die Stellung des von mir aus der Hamburger Epidemie von 1882 beschriebenen Gegenstücks von konstitutionellem Lichen ruber, den ich Lichen ruber neuroticus nenne.[7] Dagegen unterliegt es wieder keiner Frage, daſs diejenige Krankheit zu den Parakeratosen gehört, welche nach KAPOSIS vollwichtigem Zeugnis[8] schon zu F. HEBRAS Lebzeiten und nachher in Wien sehr allgemein mit dem Lichen ruber HEBRAS identifiziert wurde: die Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE, welcher KAPOSI, in der Idee, daſs sie mit Lichen planus verwandt und mit HEBRAS alten Fällen identisch sei, den Namen Lichen ruber acuminatus gab.

Nach den entscheidenden Ergebnissen des Pariser Kongresses[9] wird wohl kein Dermatologe sich mehr der ebenso schwierigen wie undankbaren Aufgabe unterziehen wollen, einen Lichen ruber acuminatus KAPOSI noch neben der von französischen Autoren früher, klarer und vollständiger beschriebenen Pityriasis rubra pilaris aufrecht zu erhalten, nachdem KAPOSI selbst für die Identität beider Prozesse eingetreten ist.

Dadurch liegt aber jetzt die Frage viel einfacher. Der Lichen planus — als Centrum der ganzen Lichengruppe — muſs aus der Abteilung der Parakeratosen heraus. Dafür tritt aber sofort die Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE ein, und eine neue Auflage des AUSPITZschen *Systems* in seinem eigenem Sinne müſste unter den Parakeratosen enthalten:

1. Psoriasis.
2. Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE.

Denn in beiden Fällen sind die Krankheiten der Hauptsache nach charakterisiert durch Verhornungsanomalien, während die Veränderungen der Stachelschicht und die geringen Anzeichen von oberflächlicher Hautentzündung — welche AUSPITZ ja nicht einmal zugibt — den Eindruck weniger wesentlicher, sekundärer Vorgänge machen.

[6] *System*. pag. 131.
[7] S. *Verhandlungen des Pariser Kongresses*.
[8] Ebenda.
[9] S. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. Bd. IX. pag. 201.

Es frägt sich nun weiter, ob die Gruppe mit den beiden genannten Krankheiten abgeschlossen ist, oder ob nicht noch andere Dermatosen sich denselben so nahe anschließen, daß der modernisierte Begriff der Parakeratosis sie ebenfalls decken kann. Nun ist in der That nicht einzusehen, warum wir die Ichthyosis, die Pityriasis rubra HEBRA und die Pityriasis simplex nicht ebenfalls unter die Parakeratosen einreihen sollten. Die Trennung in quantitativer[10] Richtung, wie sie AUSPITZ vornimmt, ist ja allerdings, theoretisch genommen, logisch und imponiert auf den ersten Blick durch ihre universelle Durchführbarkeit. Aber genau genommen haben doch die Hyperkeratosen, Hyperonychosen, Hyperhidrosen etc. und ebenso die Keratolysen, Atrichosen, Asteatosen etc. sämtlich etwas Paratypisches an sich. AUSPITZ selbst legt deshalb auch auf die durchgeführte Dreiteilung keinen besonderen Wert. Er sagt: „Wobei . . . überhaupt eine streng abgezirkelte Trennung der Reihen nach diesen drei Richtungen, welche ja doch nur verschiedene Ausdrücke der ursprünglich vorhandenen Paratypie der Keimanlage darstellen, nicht gefordert werden darf.“[11] Wir handeln also sogar im Sinne von AUSPITZ, wenn wir, falls höhere Rücksichten es erfordern, die Ichthyosis, die er zu den Hyperkeratosen gestellt hat, und die Pityriasis rubra HEBRA und Pityriasis simplex, welche er zu den Keratolysen zählte, um ihrer ausgesprochenen Paratypie willen in die dadurch erheblich wachsende Gruppe der Parakeratosen versetzen.

Bis hierher harmonieren die 5 Glieder der Gruppe noch in den wichtigsten Punkten. Vor allem tritt bei jedem einzelnen die Verhornungsanomalie stark hervor, bei der Ichthyosis und Pityriasis rubra pilaris in Gestalt von derben kohärenten, bei der Psoriasis von mehr bröckligen, bei der Pityriasis simplex und der Pityriasis rubra HEBRA von sehr hinfälligen, dafür aber massenhaft neu gebildeten Schuppenauflagerungen. Bei allen tritt ferner, wie AUSPITZ es für alle Keratonosen verlangt, die Veränderung in der Stachelschicht so zurück, daß wir sie als etwas Sekundäres und mehr Nebensächliches betrachten dürfen. Endlich — und dieses ist die Hauptsache — ist bei allen eine typische Entzündung des Papillarkörpers entweder garnicht nachweisbar oder doch nur zeitweise und stellenweise und dann von so geringer Höhe, daß hierdurch eben die Abtrennung von den eigentlichen Hautentzündungen sich rechtfertigen läßt.

Bis hierher bin ich mit AUSPITZ gegangen; von hier ab gehe ich jedoch meinen eigenen Weg, und es ist gerade die schon mehrmals be-

---

[10] A-, Hyper-, Para-.
[11] *System.* pag. 121.

rührte Entzündungsfrage, deren Studium mich zu dieser Divergenz und damit auch zu einer neuen Definition der Parakeratosengruppe gebracht hat.

Bei Gelegenheit des Studiums des hereditären Keratoms der Hand- und Sohlenflächen[12] gelangte ich vor mehreren Jahren bereits zu einer Neuordnung der Auspitzschen Gruppen der Akanthome, Hyperkeratosen und Parakeratosen und zu folgender Definition:

Parakeratosen sind Oberhautaffektionen, welche diffus oder herdweise auftreten, sämtlich mit Hyperkeratose (d. i. festerem Zusammenhalt der Hornzellen), mehr oder minder auch mit Epithelwucherung, aufserdem aber mit einer abnormen Zerstäubung der Hornschicht und einer Abschwächung der Hidrose verbunden sind.

Ich konnte zeigen, dafs Epithelwucherung und Hyperkeratosis, zwei voneinander unabhängige Momente, zusammenwirkend wohl zur Erklärung der Bildung der Akanthome (Warze, Hauthorn, Clavus etc.) vollständig ausreichen, nicht aber zu der der Parakeratosen. Speziell das Symptom des spontanen Abschuppens und der Anhidrose liefs sich nicht durch die obigen, einfach mechanisch wirkenden Momente erklären. Hierin lag also schon etwas „Paratypisches", das allen Gliedern der Gruppe gemeinsam war. Allerdings rechnete ich zu den so definierten Parakeratosen auch noch den Lichen ruber, während ich jetzt die Pityriasis rubra pilaris dafür eintreten lassen mufs. Aber ich zählte auch damals schon die „Seborrhoea sicca (sic dicta)" hierher, auf die soeben reproduzierte Definition fufsend. Und dieses Vorgehen hat die seitherige Erfahrung mehr, als ich damals ahnte, gerechtfertigt. In dem: sic dicta, welches ich der Seborrhoea sicca anfügte, lag bereits die Überzeugung ausgedrückt, dafs die damit bezeichnete Affektion fälschlich Namen und Platz bei den Hypersekretionen erhalten habe. Ihr entzündlicher Charakter, oft allerdings so wenig ausgesprochen wie bei der Psoriasis, war doch im ganzen unverkennbar. Die Leser dieser Zeitschrift wissen, dafs diese Überzeugung, in einer kritischen Durcharbeitung des Kapitels der Seborrhöen überhaupt[13] wurzelnd, durch unausgesetzt sich erweiternde Erfahrungen mich mit parallel wachsender Sicherheit dahin führte, den Begriff einer neuen Dermatose aufzustellen, die wirklich einen rein entzündlichen Charakter besitzt, den Begriff des seborrhoischen Ekzems. Nachdem diese Entität als solche erkannt und in ihren vielfältigen Modifikationen verfolgt war, stellte es sich heraus, dafs nur eine Anzahl der letzteren die Form einer reinen Parakeratose (von fettigem Charakter)

---

[12] Über das Keratoma palmare et plantare hereditarium. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1883. pag. 231.
[13] Was wissen wir von der Seborrhöe? *Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1887. pag. 698.

besafs (Pityriasis capitis, Seborrhoea capitis, Ekz. seb. squamosum et crustosum guttatum et gyratum sterni, flexurarum, corporis etc.), dafs aber sehr wichtige Formen derselben Dermatose, zeitlich und örtlich aus den anderen hervorgehend und nicht davon zu trennen, die bekannten Charaktere eines papulösen, vesikulösen, nässenden, infiltrierten Ekzems darboten. Eine seitdem in meiner eigenen Praxis und in der mancher einheimischer und auswärtiger Fachkollegen ständig durchgeführte Untersuchung hat ergeben, was bei der Vernachlässigung der sogenannten Seborrhöen des Kopfes früher niemand ahnte, dafs die bei weitem gröfste Mehrzahl aller Ekzeme seborrhoischen Ursprungs ist.

Hiermit waren für den Begriff der Parakeratosen ganz neue Gesichtspunkte aufgetaucht, aber auch ebensoviele Schwierigkeiten.

Zunächst war es nicht immer leicht, ja in einzelnen Fällen geradezu unmöglich, die krustöse Form des seborrhoischen Ekzems von der Psoriasis scharf abzugrenzen, so sanft erwiesen sich manchmal die Übergänge. Hatte die Verwandtschaft der „Seborrhoea sicca“ mit der Pityriasis capitis zuerst dazu geführt, jene den Parakeratosen anzureihen, so zeigte nun die ungemeine Ähnlichkeit anderer Formen derselben Dermatose mit der ausgesprochensten Parakeratose, der Psosiasis[14], dafs der Begriff „Parakeratose“ jedenfalls auf alle trocknen Formen des „seborrhoischen Katarrhes“ sehr gut pafste.

An diese Erkenntnis reihte sich aber sofort die Schwierigkeit, dafs die nässenden Formen desselben Katarrhes nun nicht in dieselbe Gruppe hinein zu bringen waren, ohne den Charakter dieser Krankheitsfamilie ungebührlich zu erweitern. Ein einfaches Auskunftsmittel äufserlicher Art würde darin bestehen, dafs man die vesikulösen und nässenden Proruptionen von den trockenen Formen trennte, sie als ein hinzukommendes „Ekzem“, etwa durch banale Reizung oder speziell den vielgeplagten Deus ex machina einer „Reizung durch zersetzte Sekrete“ entstanden dächte. Es hiefse nach meiner Meinung aber den entzündlichen Charakter der trockenen Formen vollständig verkennen, der sich klinisch ebensogut erkennen läfst wie histologisch, wenn man so verfahren wollte. Die ätiologische Einheit des seborrhoischen Katarrhes in seinen trockenen und nässenden Formen ist für mich allmählich zu einer über allen Zweifel erhabenen Thatsache geworden.

Wenn Auspitz es 1881 noch für möglich gehalten hatte, das Wesen der Parakteratosen allein in der „Verhornungsanomalie“ zu sehen, so hatte ich zur Erklärung der Abschuppung und Anhidrose zwei Jahre später bereits einen bisher noch unbekannten Faktor per exclusionem erschlossen

[14] Eine Ähnlichkeit, die sich ebenfalls auf das histologische Bild erstreckt.

und diesen vermutungsweise in Parasiten der Oberhaut zu finden geglaubt.[15] Heute unterliegt es wohl keinem Zweifel mehr, daſs ein solcher ätiologischer Faktor für die ganze Abgrenzung einer Krankheitsfamilie wesentlicher ist, als der mehr trockene oder mehr feuchte Charakter derselben.

Hatte man früher ganz allgemein jedes auf dem Boden einer Seborrhöe auftretende Ekzem mit dem bösen Schlagwort „Ekzem durch Reizung" abmachen zu können geglaubt, so entstand nun auf dem Boden der Erkenntnis, daſs es ein besonderes „seborrhoisches Ekzem" gebe, die ungeheuer wichtige Frage, was denn überhaupt Ekzem sei und ob jede künstliche Dermatitis noch ein Recht habe, so zu heiſsen.

Konnte Auspitz früher noch mit einem groſsen Schein von Berechtigung die unentzündliche Natur der Psoriasis als Faktum hinstellen, so wurde mir auch diese Hauptstütze der Gruppe sehr unsicher, als ich auch histologisch eine auffallende Ähnlichkeit des sicher entzündlichen krustösen seborrhoischen Ekzems mit typischer Psoriasis auffand.

Wie man sieht, schürzen sich gerade die strittigsten und schwierigsten Fragen alle in dem einen Knoten. Die Frage nach der Berechtigung und den Grenzen eines Begriffs Parakeratosen ist also keine müſsige, sondern eine recht ernste, wohl aufzuwerfende.

Gehen wir zunächst auf die letzte dieser Prinzipienfragen ein, auf die Frage nach der entzündlichen oder nichtentzündlichen Natur der Psoriasis. Hier hat Auspitz in der That zugegeben, daſs sehr trockene und zugleich wenig verdickte Plaques, z. B. mäſsig ausgebildete Flecke der Ellenbogen, histologisch das Bild einer hauptsächlich interpapillaren Wucherung der Stachelschicht, Verbreiterung der Körnerschichten und eine starke Verdickung der Hornschicht (mit abnormen Chromatin-Einlagerungen), dagegen in dem Papillarkörper nur eine Gefäſserweiterung, in der Cutis gar keine Veränderungen zeigen. Prüft man genauer, so findet man aber doch Spuren eines perivaskulären, zelligen Infiltrates im Papillarkörper, „wie bei chronischer Dermatitis (F. Hebra)". Irgendwie verdickte und weniger trockene Plaques vom Rücken oder Bauche desselben Individuums zeigen aber eine starke Vermehrung dieses zelligen Infiltrates, und demgemäſs auch mehr Wanderkörperchen im Epithel, häufig die Körnerschicht verschwunden, die chromatophilen Einlagerungen der Hornschicht vermehrt. Und ebenso lehren uns klinische Fälle, über welche jeder Dermatologe Erfahrung besitzen muſs, daſs bei universeller Psoriasis mit typischen, trockenen Ellbogenplaques häufig einzelne Stellen auf den Beugeseiten, dem Bauche, am Hals, an den Ohren, den Unterschenkeln von schmalen, leicht erythematösen Höfen

---

[15] l. c. pag. 262.

umgeben sind, häufig jucken und hin und wieder bei Druck etwas schmerzen, statt der luftführenden, silberigen Schuppen graugelbliche, bröcklige, sogar feuchte produzieren und — besonders am Unterschenkel und hinter den Ohren — direkt in chronisch-ekzematöse Flächen übergehen können. Diesen „Komplikationen mit Ekzem", dieser besonderen, mehr feuchten Form von „Beugeseiten-Psoriasis" ist bisher kein anderer Wert, als der eines zufälligen Befundes, eines Curiosums beigelegt worden. Ich sehe darin mehr, nämlich den von Auspitz vermiſsten Nachweis, daſs die Psoriasis unter Umständen auch entzündliche Erscheinungen klinisch aufweist. Die Annahme, daſs in solchen Fällen noch unbekannte entzündliche Prozesse zur Psoriasis hinzutreten, wird ebenso leicht zu machen wie schwierig zu beweisen sein; ich halte Komplikationen in diesen Fällen für sehr unwahrscheinlich und glaube, daſs hier nur das entzündliche Moment, welches überall mehr oder minder latent zu Grunde liegt, stark hervortritt. Eine andere Annahme, die heute näher liegt als früher, daſs es sich in solchen Fällen trotz der typischen Ellbogenplaques garnicht um Psoriasis, sondern um ein krustöses, seborrhoisches Ekzem handle, ist natürlich sehr gefährlich; denn so weiter argumentierend, wird die Existenz einer besonderen Dermatose Psoriasis überhaupt in Frage gestellt. Ich halte heute noch an dem Typus Psoriasis dort fest, wo die bekannten Symptome typisch ausgeprägt sind und die Herleitung aus dem seborrhoischen, entzündlichen Prozesse klinisch ausgeschlossen werden kann. Aber schon die Möglichkeit, welche auch Brooke betont, daſs dieser letztere und die Psoriasis häufig schwer zu unterscheiden sind, und die ganz ungemeine Ähnlichkeit des histologischen Bildes in solchen Fällen, sprechen, denke ich, deutlich genug dafür, daſs die Wahrscheinlichkeit der älteren Annahme einer entzündlichen Natur der Psoriasis nicht geleugnet werden kann.

(Fortsetzung folgt.)

Pariser Korrespondenz

von

HENRY FOURNIER.

Frühzeitige Manifestationen der kongenitalen Syphilis.

Dr. SEVESTRE, Arzt am Hospice des Enfants-Assistés, hat soeben in Buchform einige seiner interessanten „Vorlesungen über die Klinik der Kinderkrankheiten" erscheinen lassen, von denen uns hauptsächlich diejenige über die „frühzeitigen Manifestationen der kongenitalen Syphilis" interessiert (namentlich bezüglich der Diagnostik) und aufserdem noch eine zweite Vorlesung über „die Kehlkopferscheinungen der frühzeitigen Erbsyphilis."

Im erstgenannten Kapitel zeigt uns der Verf., wie überaus notwendig es ist, die kongenitale Syphilis gleich bei ihrem ersten Erscheinen zu erkennen. Eine rechtzeitige Diagnose sichert nicht allein das Schicksal des Kindes, für das die Chancen der Heilung umso gröfser sein werden, wenn das Übel rechtzeitig erkannt worden ist, sondern auch das der Ernährerin.

Aber das Erkennen wird oft recht erschwert, und die Schwierigkeit wird noch durch den Umstand erhöht, dafs die Erscheinungen der angeborenen Syphilis sich erst nach einem verschieden langen Zeitraume entwickeln können, oft sogar erst mehrere Wochen nach der Geburt. Eine beständige Überwachung ist also dringend geboten, und man mufs sich sehr hüten, wenn man einen Verdacht hat, dem betreffenden Kinde eine Amme zu geben.

Da der Verf. seine Studie auf die Syphilis der Neugeborenen beschränken will, läfst er alle die Fälle bei Seite, wo die Syphilis erst einige Wochen oder Monate nach der Geburt erschien, ebenso diejenigen Fälle, wo die Syphilis noch später auftrat, und welche in den Rahmen der sogenannten Syphilis hereditaria tardiva gehören. Ebenso schnell handelt er die fötale Syphilis ab, immer darauf aufmerksam machend, wie wichtig die Diagnose bei einer vorzeitigen Geburt im Interesse der Eltern ist, welche man alsdann einer einschlägigen Behandlung unterziehen kann; ebenso wichtig ist dieselbe in Hinsicht auf eine anderweitige Schwangerschaft.

Gibt es nun Symptome, welche den von der bestimmten Zeit geborenen Fötus als syphilitisch oder nichtsyphilitisch anzusprechen erlauben? Meistens hat man ja nur Mutmafsungen, denn erstlich variiert die Zeit, in welcher der Abort eintritt, wenn man auch am häufigsten denselben gegen den 7. Monat hin beobachtet; sodann fehlen beim Fötus äufsere Kennzeichen, ausgenommen in den seltenen Fällen von Pemphigus, nach Art des Pemphigus der Neugeborenen und den von RUGE beschriebenen Fällen von „Foetus sanguinolentus", welche übrigens auch, ohne dafs Syphilis vorhanden ist, vorkommen. Die visceralen Veränderungen sind wichtiger, obwohl auch sie vollständig fehlen können.

Die Anzeichen der Syphilis sind bei dem lebend geborenen Kinde bei der Geburt entweder schon vorhanden, oder erscheinen eine bestimmte Zeit später. Diejenigen der ersten Kategorie sind sehr selten, mit Ausnahme des Pemphigus syphiliticus der alten Autoren (PARROTS Syphilide bulleuse).

Der Pemphigus syphiliticus, welcher vom Pemphigus simplex der Neugeborenen wohl zu unterscheiden ist, kann vom 6. bis 7. Monat des intrauterinen Lebens an auftraten (Diday). Er erscheint im allgemeinen gleich bei der Geburt und wird immer seltener, je älter das Kind ist.

Die Dimension der einzelnen Blasen, deren konstanter und beinahe ausschliefslicher Sitz die palma manus und planta pedis ist, variiert zwischen 2—15 mm. Die Hornschicht ist durch Flüssigkeit von ihrer weinroten Unterlage abgehoben und von einem lebhaft roten Hofe umgeben. Diese Blasen sind anfänglich von einander getrennt, können aber konfluieren und grofse Blasen mit konvexen aber nicht mehr runden Rändern bilden. Die Intervalle der Haut zwischen den Blasen zeigt eine dunklere Färbung als anderwärts, wechselnd zwischen der zarten Farbe einer Hortensia bis zum tiefen Violett.

Die isolierten Blasen sind gewöhnlich genügend gefüllt und gespannt. Die gröfsten, sowie die zusammenfliefsenden Blasen sind gewöhnlich etwas eingesunken und nur bis zur Hälfte voll und manchmal geborsten. Die Flüssigkeit ist anfangs mehr oder weniger trübe, wird aber dann purulent, grünlich und in gewissen Fällen sanguinolent.

Unter der geborstenen Hornschicht findet man Ulcerationen auf rotschwarzen und eiterigem Grunde nicht so tief wie gewöhnlich, doch können sie schliefslich alle Schichten der Haut ergreifen. In anderen Fällen wird die Flüssigkeit zum Teil resorbiert und der Rest erstarrt zu einer schwarzbraunen Kruste, welche (abgesehen von den Ausnahmefällen, wo plötzliche Heilung eintritt) sich nach gewisser Zeit endlich losstöfst mit Hinterlassung eines unfertigen, unverhornten Epithels, das sich durch aufeinanderfolgende Abschuppungen erneuert, bis es eine genügende Solidität erlangt hat.

Der Typus der Eruption verliert von seiner Reinheit in dem Mafse, je später dieselbe nach der Geburt auftritt und je weiter sie sich von ihrem Lieblingssitze entfernt, indem sie nach den Seiten der Finger, resp. Zehen sich wendend, aufwärts zum Unterschenkel und noch seltener sogar zum Rumpfe und Gesicht steigt.

Diese spezifische Eruption unterscheidet sieh dadurch vom Pemphigus simplex der Neugeborenen, dafs der letztere sich niemals gleichzeitig bei der Geburt einstellt (sogar für gewöhnlich nicht vor dem 15 Tage nach derselben) und dafs er niemals auf der palma manus oder planta pedis beginnt. Die Blasen dieser Gattung sind nicht sofort beim Auftreten eiterig, ihre Basis ist blafsrot und sie heilen im allgemeinen in einigen Tagen durch Bildung einer Kruste, welche nach ihrem Abfallen eine kleine macula hinterläfst.

Der Verf. citiert gelegentlich der Diagnose einen wunderlichen Fall, welcher leicht zur falschen Diagnose führen konnte, nämlich eine doppelte, symmetrische Brandwunde auf der planta pedis eines Neugeborenen, welche anfangs für Pemphigus syphiliticus gehalten wurde.

Bei Gelegenheit des allgemeinen Aussehens und des Gesichtsausdruckes des Neugeborenen erinnert der Verf. an die Beschreibung von Lamanne, aber er gibt nicht zu, dafs das trostlose Bild dieses Autors der Wirklichkeit bei den meisten Fällen entspricht. Die Erscheinung der Kachexie kann bei Kindern auftreten, die absolut nicht syphilitisch sind, und anderseits können syphilitische Kinder bei der Geburt die Anzeichen einer blühenden Gesundheit vortäuschen. Bei einem anscheinend ganz gesunden Kinde kommen die Symptome der Syphilis erst etwas später zum Vorschein; der Zeitpunkt, wann das erste Anzeichen auftritt, ist verschieden (vom ersten bis dritten Monat, noch genauer, zwischen der zweiten und sechsten Woche); die Reihenfolge, wie die Symptome aufeinander folgen, ist gleich-

giltig. Sie existieren gleichzeitig nebeneinander oder ohne Ursache in umgekehrter Reihenfolge. Um sie zu studieren, muſs man sie sich künstlich zurechtlegen.

Hauptsymptome. S. trennt die Roseola vom makulösen Syphilid, für die PARROT eine synonyme Bezeichnung hat. Die Roseola, welche nach TROUSSEAU und J. SIMON schnell auftritt und ebenso wieder verschwindet, dauert nach DIDAY wenigstens 7 und nach PARROT mehrere Wochen. Aber die Thatsache, daſs man eine Eruption, welche man mit der Roseola der Syphilis acquisita vergleichen könnte, nur selten oder gar ausnahmsweise findet, fällt dem Verf. sehr auf. Übrigens glaubt er, daſs man mit Unrecht für Roseola syphilitica allerlei Eruptionen verschiedenster Natur ausgibt, welche man bei syphilitischen wie nichtsyphilitischen Kindern antreffen kann.

Das makulöse Syphilid, welches aus Flecken, die nicht über das Niveau der Haut ragen, besteht, ist die oberflächlichste Form der Hautausbrüche bei hereditärer Syphilis. Es erscheint stoſsweise und nicht sofort, anfangs unter der Form von runden Flecken von verschiedener Farbe, vom tiefen Rot bis zum Gelbrosa und sitzt zuerst auf den unteren Extremitäten (Hinterbacken, Lenden), später auf dem Rumpfe und besteht lange Zeit hindurch; es kann sogar bisweilen papulösen Charakter annehmen. Man darf das makulöse Syphilid weder verwechseln mit der einfachen, zuerst universellen Roseola, welche aus zahlreicheren, zusammenhängenderen und röteren Flecken besteht und schnell verschwindet, ohne Pigmentation zu hinterlassen, noch mit der Roseola vaccinalis, welche nur 1—2 Tage dauert, und hauptsächlich an den oberen Extremitäten sitzt, noch auch mit gewissen Erythemen der Hinterbacken.

Das papulöse Syphilid erscheint viel später und bietet mannigfaltigen Anblick dar, hat aber einen gemeinsamen Charakter; die Verdickung der Haut ist nämlich mehr oder weniger beträchtlich. Die Oberfläche der Plaques ist glatt oder ungleich, die Farbe rotviolett, dunkelrot oder aprikosengelb bis grau. Der Ausbruch kommt schnell, doch nicht mit einem Schlage auf sämtlichen Körperteilen. Er ist mehr oder weniger prominent über seine Umgebung, mehr an den Geschlechtsteilen, weniger an der Stirn und auf der Kopfhaut.

Die Plaques muqueuses unterscheiden sich anfangs nicht viel von denen der Erwachsenen, modifizieren sich aber später und verändern ihren Anblick nach dem speziellen Sitz, den sie einnehmen. Sie können entstehen an allen den Stellen, wo zwei Hautflächen sich berühren und an solchen Punkten, wo ein beständiger Reiz infolge wiederholter Reibung und der habituellen Feuchtigkeit des betreffenden Körperteiles stattfindet. Im Gesicht findet man sie im Niveau des Mundes, indem sie die Verbindung zwischen Schleimhaut und äuſserer Haut bilden, mehr gegen die letztere, weniger gegen die erstere zu. Sie sind die Fissurenstellen der Lippen, welche leicht bluten. An der Nase befallen sie die Subnasal- oder die Naso-labialfurche, an den Augen die äuſseren Winkel der Augenlider, manchmal auch den inneren, unter anderen Umständen auch die Brauen, und die Gegend zwischen den Brauen. Im Gesicht zeichnen sich die Plaques muqueuses noch dadurch aus, daſs sie mit grünlichgelben bis bräunlichen und manchmal sanguinolenten soliden Krusten bedeckt sind, die sich an bestimmten Stellen anhäufen und dadurch dem Gesicht einen widerlichen Anblick verleihen können. Sie können auch in der Mentolabialfurche sitzen, oder in der halbkreisförmigen Falte, welche die Ohrmuschel von dem Schädel trennt, hauptsächlich an deren vorderen und oberen Teile. Sie sind viel seltener in der unteren Furche, und sozusagen niemals in der hinteren Furche, was für die Diagnose sehr wichtig ist wegen der häufigen Exkoriationen an dieser Stelle, welche nichts mit Syphilis zu thun haben. Mann kann Plaques muqueuses

auch beobachten im Gefolge der Otitis externa, an der hinteren Partie des Schädels, welche mehr der Reibung exponiert ist, den Achselhöhlen, in den Genito-cruralfalten, an den Interdigitalräumen, am Nabel, am Anus, (wo sie oft eine radienförmige Anordnung haben, Sternform), am Skrotum, am Präputium, an den grofsen Schamlippen, an der Kommissur.

Zu unserem grofsen Bedauern sind wir gezwungen, die übrigen Hautaffektionen, wie sie Dr. S. beschrieben, sehr summarisch abzuhandeln:

Das Erythema squamosum (fälschlich Psoriasis nach TROUSSEAU); sein Sitz sind die Fufssohlen und Hände; es scheint, als ob man es nicht immer zur Syphilis rechnen dürfe.

Das gummöse Syphilid, ziemlich häufig, im allgemeinen in den letzten zwei Dritteln des ersten Jahres, aber, wie S. beobachten konnte, auch gleich nach den ersten Monaten, was nicht zu verwundern ist, wenn man bedenkt, dafs trotz des verspäteten Auftretens der Symptome und der Tiefe der gummösen Läsionen die hereditäre Lues eine Entwickelung hat, die ganz verschieden ist von der Lues acquisita, und dafs ganz verschiedene Symptome sich gleichzeitig zeigen können.

Die nicht primitiven Ulcerationen, welche aber den vorausgegangenen Läsionen (Pemphigusblasen, Plaques muqueuses) folgen, und auf welchen sie sich entwickeln.

Die pseudosyphilitischen oder syphiloiden Eruptionen, die man aus dem Rahmen der Syphilis lostrennen, aber doch gut kennen mufs wegen der diagnostischen Irrtümer, zu denen sie verleiten können.

Ekthyma, Akne und Impetigo syphilitica. Die Ekthyma hat Neigung zur Ulceration, sitzt am Abdomen (PARROT), besteht aber nach S. eher in „banalen" Läsionen, wahrscheinlich parasitären Ursprungs, begünstigt durch den kachektischen Zustand des Kranken.

Die Akne und die Impetigo haben keinen grofsen spezifischen Wert mehr.

Das Erythema simplex oder vesiculosum der Hinterbacken; seine Kenntnis ist notwendig, um es nicht für einen syphilitischen Ausbruch zu halten (es besteht aus roten, nässenden Plaques, welche nach dem Zerplatzen von Blasen zum Vorschein kommen und manchmal etwas vertieft sind durch kleine runde Ulcerationen); es sitzt auf den Hinterbacken und breitet sich gegen die Nachbarregionen aus.

Erythema lenticularis (Papulöses Erythem, lenticuläres Syphilid PARROT), Erythema papulosum posterosivum s. syphiloides, posterosivum (JACQUET). Andere Form des Erythema simplex wie das vorhergehende, aber nicht notwendigerweise spezifischer Natur, besteht aus runden Papeln von 4—5 mm Durchmesser durchschnittlich; Farbe dunkelrot, oft bräunlich oder violett, die Haut daneben ist gesund oder erythematös, oder zeigt lebhaft rote Erosionen, welche leicht bluten, liegt ungefähr im Niveau der Umgebung, variiert an Zahl und nimmt unter Verschonung der natürlichen Hautfalten die vorspringenden Teile der Hinterbacken oder gar die Ränder der Glutäalfalten ein, bisweilen auch die Innenfläche der Schenkel oder die Hinterfläche der Waden. Andere Lokalisationen sind seltener.

Die Onyxis sicca ist nach gewissen Autoren die Folge des squamösen Erythems. S. jedoch hält sie für in Beziehung stehend mit einer allgemeinen Ernährungsstörung, welche notwendigerweise im Gefolge der Syphilis auftritt, und die Perionyxis ulcerosa ist dieselbe Sache.

Die Alopecie scheint nicht denselben Wert bei der hereditären Syphilis zu haben wie bei der erworbenen.

Die Adenopathien bei hereditärer Syphilis sehr selten, sind noch seltener nach S., was PARROT nicht glaubt.

Die Läsionen der Lippen, des Mundes und des Pharynx bieten ein sehr grofses Interesse. An den Lippen beobachtet man Fissuren, Erosionen oder Plaques muqueuses. Die Fissuren teilt S. in drei Arten ein. Die eine Art, die medianen Fissuren, sitzen gewöhnlich an der Oberlippe, links und rechts vom Mittellappen, und nehmen den Grund einer Depression ein, welche normalerweise in dieser Gegend vorkommt.

Diese Fissuren, welche bis zum „chornion mucosum" reichen, gehen nicht auf die äufsere Haut über, sondern erstrecken sich nach rückwärts auf die Schleimhaut bis zu 5 und 6 mm. Der Grund ist rot, bisweilen sanguinolent, oft aprikosenbraun und manchmal mit einem dunkelgelben, ziemlich festen Gerinnsel bedeckt. Die Gesamtheit der Symptome stellt die Fissuren als beinahe unheimlich pathognomonisch für die Syphilis hin. Die alleinige Fissur, welche auf der Unterlippe vorkommt, ist nicht so wichtig, allein sie mufs doch den Inhaber verdächtig machen, namentlich wenn in ihrer Umgebung eine Verhärtung zu fühlen ist. Die verstreuten Fissuren sind ein positives Zeichen hereditärer Syphilis, und zeugen für eine ganz intensive Syphilis. Sie zeigen sich auf allen möglichen Punkten der Mundöffnung, und verlaufen von hinten nach vorn. Die Fissuren der Mundwinkel (fissures commissurales) breiten sich zugleich über die Haut und Schleimhaut aus und sind in Wirklichkeit Plaques muqueuses.

Die Erosionen sind nicht isoliert und stehen im Zusammenhang mit vorausgegangenen Läsionen. Ihre Oberfläche ist rot oder gelblich und blutet leicht. Ihre Ränder sind unregelmäfsig und oft durch einen Kranz von kleinen, schwarzen und gelben Krusten geziert.

Die Affektionen der Mundhöhle und des Rachens sind selten bei hereditärer Syphilis. Es gibt deren mehrere Varietäten, welche sich an gewissen Stellen immer als dieselben zeigen, nämlich an der Unterlippe, der Zunge, Mittelteil der Alveolarränder beider Kiefer, gewisse Punkte am Gaumenbogen („ulceration medio-palatine" in der Mitte der Raphe des Gaumensegels ein wenig nach vorn von der Insertion des Gaumenbogens, „plaques ptérygoïdiennes" immer zwei an Zahl auf den Seitenteilen und im Niveau der Apophyses pterygoïdes.)

Die anfangs leicht prominenten Plaques sinken später ein und schliefslich sogar unter das Niveau der Schleimhaut, breiten sich aus und werden grau oder bräunlich.

Man kann sie nicht verwechseln mit den Aphthen, welche becherförmig und nach dem Abfall des weifslichen Schorfes, welcher sie bedeckt, von einer schmalen, roten Zone eingefafst sind, noch mit den diphtheritischen Belägen.

Die Zungenaffektionen werden in zwei Gruppen eingeteilt: die Plaques muqueuses (sonst ziemlich selten) und in die Affektion, welche Parrot bezeichnet mit dem Namen „desquamatives Zungensyphilid (desquamation épithéliale marginée de la langue; glossite exfoliatrice marginée von Fournier; état lichénoide von Gubler). S. jedoch gibt die syphilitische Natur dieses Leidens nicht zu.

Zum Schlusse dieser schon allzulangen Übersicht können wir nur noch kurz die Kapitel bezeichnen, welche handeln 1. von der Coryza, eines der frühesten und konstantesten Symptome hereditärer Syphilis, wichtig wegen seiner Hartnäckigkeit und gleichzeitig wegen seiner Oberflächlichkeit, denn es beschränkt sich gewöhnlich nur auf die Schleimhaut. 2. Von den visceralen Affektionen, welche zumeist nur bei der Nekropsie entdeckt werden. 3. Von den Knochen- und Muskelt affektionen.

Der Schlufs der Abhandlung ist den Betrachtungen über die Unregelmäfsigkeit der Manifestationen der hereditären Syphilis gewidmet, ferner der möglichen Coin-

zidenz oberflächlicher Hauterscheinungen mit tiefen Knochenläsionen, dem Erscheinen der Hautgummata vor dem makulösen Syphilid etc.

Die Diagnose, welche bei Gegenwart von Symptomen sehr erleichtert wird, wird weniger gestellt bei anscheinend gesunden Kindern, die aber z. B. doch Fissuren an den Lippen haben. Ferner muſs man äuſserst sorgfältig alle Körperteile untersuchen, wenn man Verdacht hegt und namentlich wenn es sich darum handelt, dem Kinde eine Amme zu geben, welche leicht dadurch infiziert werden könnte.

Henri Fournier.

(Übersetzt von P. Taenzer-Leipzig.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Physiologisches.

Über die Herkunft des Pigments in der Oberhaut, von Dr. Jos. Heinrich List. (*Biologisches Centralblatt.* 1890. No. 1.) Die Untersuchungen erstrecken sich auf die Oberhaut von Fischen und Amphibien. In den Hautschnitten von Torpedo finden wir die Pigmentzellen in ausgedehnter Lage dicht unter dem Epithel. An manchen Stellen findet man eine gröſsere Anhäufung von Pigmentzellen, man sieht dort, daſs das Bindegewebe des Coriums zapfenartig in die Oberhaut ragt, und daſs auf diesen Zapfen die Pigmentzellen in die Epidermis wandern, denn hier kann man den Zusammenhang der im Epithel vorhandenen, reich verzweigten Pigmentzellen mit denjenigen des Coriums beobachten. An anderen Objekten, Oberhaut der Barteln und Oberlippe von Cobitis fossilis wurde der nämliche Befund erhoben. In reichlich pigmentierten und mit Blutgefäſsen gut versorgten Geweben ergibt sich, daſs die Blutgefäſse fast sämtlich von einer Scheide von Pigmentzellen umgeben sind, besonders gilt dies von den subepithelialen Gefäſsen. Die letzteren stellen die Straſsen dar, auf welchen das Pigment aus dem Corium unter das Epithel wandert, um nun auf dem oben erwähnten Wege in die Oberhaut zu gelangen. Den feineren Vorgang der Pigmentbildung konnte Verf. an den zartwandigen Gefäſsen des Coriums von der Schwanzcrista des männlichen Triton cristatus beobachten. Zuerst findet man Pigmentkörnchen in der Zellsubstanz des Blutkörperchens; diese fällt in erster Linie der Pigmentdegeneration anheim, ganz spät erst der Kern. Dann sieht man auch im Gefäſs einzelne Pigmentkörnchen, welche auch zu Klümpchen geballt sich vorfinden.

Der Verf. schlieſst aus diesen Befunden, daſs das Pigment, welches sich zuerst aus dem Zellkörper und dann aus dem Kerne des Blutkörperchens bildet, sich innerhalb des Gefäſses zu Klümpchen ansammelt, um dann durch die Gefäſswandung nach auſsen zu gelangen. Man kann in der That auf der Auſsenseite des Gefäſses Pigmentklümpchen der Wandung dicht anliegend beobachten. Verf. glaubt, daſs diese Klümpchen durch die in der Nähe der Blutgefäſse zusehenden und mit Pigment gefüllten Leukozyten infolge ihrer aktiven Bewegung unter das Epithel geführt werden. Des Näheren bespricht nun Verf. die von Birnbacher geschriebene, allzuwenig bekannte Schrift über die Pigmentierung melanotischer Sarkome; Birnbacher weist aufs überzeugendste nach, daſs die Pigmentbildung aus dem Blute erfolgt, und zwar sowohl auſserhalb der Gefäſse, wie innerhalb derselben durch einfachen Zerfall der

roten Blutzellen. So sehen wir also bei pathologischer Pigmentierung andere Vorgänge wie in normalen Geweben. An Serienquerschnitten von Forellenembryonen konnte List nachweisen, dafs das braune Pigment im Dotter, und zwar durch Metamorphose desselben gebildet und von Leukocyten aufgenommen und fortgeschafft wird. Wenngleich auch bei Fischen das Pigment durch Zerfall des Dotters gebildet wird, so glaubt List doch, dafs im späteren Leben Pigment durch Zerfall der roten Blutzellen entsteht.

Zum Schlusse berührt Verf. noch die Frage nach der Bedeutung des Pigments. Er wendet sich gegen Aeby und Karg, welche die Pigmentzellen als Bau- und Nährmaterial für die Epidermiszellen darstellen. Dies ist aber unmöglich, da oft gerade in den verhornten Zellan am meisten Pigment enthalten ist; z. B. enthält die Haut von Torpedo in ihrer obersten verhornten Lage massenhaft Pigment; so fand auch Nörner, dafs gerade die Hornzellen des Hufes vom Pferde reichlich das Pigment enthalten.

List sieht in dem Pigment ein Zerfalls- resp. Excretionsprodukt, welches mit der allmählichen Regeneration der Epithelzellen aus dem Zellverbande gelöst wird.

Leistikow-Hamburg.

Akute Infektionskrankheiten.

Zur Behandlung des Scharlachs mit Chloralhydrat, von J. C. Wilson. (*Med. News.* Dec. 14. 1889.) Gestützt auf siebenjährige Erfahrung, empfiehlt Verf. die Darreichung von Chloralhydrat in zwei bis drei oder vierstündlichen kleinen Dosen. Bei zwei bis dreijährigen Kindern wird die Gabe auf 0,05 bis 0,1 bemessen, bei älteren Kindern bis zu 0,3. Die Erfolge sollen sehr befriedigend sein.

Philippi-Nieheim.

Hygiene der Haut.

Die Hygiene der Haut in gesundem und erkranktem Zustande, von John V. Shoemaker. (*Journ. of Cut. and genito-urinary Diseases.* November 1889.) Eine Zusammenstellung der meisten mehr oder weniger bekannten Verfahren und Mittel zur Erhaltung der Gesundheit der Haut. Eine gedrängte Übersicht des Aufsatzes zu geben ist nicht möglich und mufs deswegen aufs Original verwiesen werden.

Philippi-Nieheim.

Pharmakologisches.

Die antihidrotische Wirkung der Kamphorsäure, von Heinrich Dreesmann. (Inaug.-Dissert. Bonn 1889.) Verf. kommt auf grund klinischer Beobachtungen zu dem Ergebnis, dafs die Kamphorsäure ein sicher wirkendes und ungefährliches Antihidroticum sei. Jedoch bewährt sich diese Wirkung nur bei phthisischen und tuberkulösen Prozessen, bleibt aber bei starken Schweifsen aus andern Ursachen aus; so liefs sich die Schweifsabsonderung nach Pilokarpineinspritzungen durch vorherige Gaben von Acidum camphor. weder bei Mensch noch Tier in den angestellten Ver-

suchen unterdrücken. Verf. folgert daraus, daſs die Wirkung der Kamphorsäure keine zentrale sei, daſs sie vielmehr wahrscheinlich bei tuberkulösen Prozessen Ptomaine, denen eine Schweiſs erregende Wirkung zugeschrieben wird, zerstöre. — Als geeignetste Gabe fand Verf. in seinen Beobachtungen für mäſsige Schweiſse 1,0, für heftige Schweiſsabsonderung 3,0 Acid. camphor. in refracta dosi. — Die fast immer wiederkehrende Schreibweise Antihydroticum statt Antihidroticum fällt wohl nur dem Setzer zur Last. *Türkheim-Hamburg.*

Bakteriologie.

Statistischer Beitrag zur Kenntnis der Eiterungserreger bei Menschen und Tieren, von Dr. Justyn Karlinski in Stolac. (*Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde.* 1890. No. 4.) Aus dem reichlichen Material an eiterigen Entzündungen beim Menschen, die der Verf. beobachtete — es werden 200 Fälle angeführt — wurde 82 mal Staphylococc. pyogen. aur., 55 mal albus, 7 mal tetragenus, 3 mal Bac. pyog. foetid., 2 mal Bacillus Friedlaender (Otitis media) durch Plattenkulturen nachgewiesen. Bemerkenswert ist das Vorkommen von Bacill. pyogen. foetidus und Micrococc. tetragen., welche als Eitererreger teilweise noch nicht anerkannt sind. Den ersteren fand Verf. in Reinkultur ohne Beimengung anderer Eitererreger in 2 subkutanen Abscessen und in einem Fall von Zahnfleischabsceſs. Der Micrococc. tetragenus wurde in Reinkultur 3 mal in eingekapselten, zwischen den Zahnwurzeln liegenden kleinen Abscessen, 1 mal in einem Nackenfurunkel und 2 mal in Abscessen nachgewiesen, welche sich hinter dem Kieferwinkel gebildet hatten. In einer Reihe von zufällig aufgefundenen Abscessen bei Säugetieren fand Verf. 25 mal Staphylococc. aureus, 15 mal albus, 5 mal citreus, 23 mal Streptococc. pyogen., 9 mal Micrococc. tetragen., 4 mal Bacill. pyogen. foetid., 2 mal Rotzbacillus. Bei Vögeln fand sich 15 mal Staphylococc. aureus, 11 mal albus, 14 mal citreus, 10 mal Micrococc. tetrag., 11 mal Streptococc. pyogen., 10 mal Bacill. pyogen. foetid.

Leistikow-Hamburg.

Über die Widerstandsfähigkeit der Sporen gegen hohe Temperaturen, von Dr. S. Lewith. (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie.* 26. Bd. Heft 5 und 6.) Das Protoplasma der Tier- und Pflanzenzellen enthält ganz ausnahmslos gelöste coagulierbare Eiweiſsstoffe. Durch die Coagulation erlöschen erfahrungsgemäſs die vitalen Fähigkeiten der Zellen. Demnach müssen besondere Gründe vorwalten, welche Bacillensporen befähigen, Temperaturen, welche sonst Gerinnung veranlassen, ohne Schaden zu überleben. Es werden die noch nicht publizierten und im pharmakologischen Institut der deutscheu Universität zu Prag vorgenommenen Arbeiten Hellmichs mitgeteilt, welcher nachwies, daſs das Protoplasma nur bestimmter Bakterien ebensowohl coagulierbare Eiweiſsstoffe enthält, wie jenes anderer Pflanzenzellen. Demnach müssen bestimmte Umstände die Eiweiſsgerinnung der Bakteriensporen bei intensiven Hitzegraden verhindern. Hier spielt, wie L. durch äuſserst instruktive Experimente feststellte, der Wassergehalt der löslichen Eiweiſsstoffe eine hervorragende Rolle, verbunden mit der Temperatur und der Dauer ihrer Einwirkung. Die Annahme, daſs bei der Bildung der Sporen eine Anhäufung von Protoplasma unter Wasserabgabe erfolgt, genügt, die gesteigerte Resistenz derselben gegen trockene Hitze zu erklären. Die Sporenmembran hat die wichtige Aufgabe, das Eindringen von Wasser auſserordentlich zu erschweren. *Leistikow-Hamburg.*

Welchen wirklichen Wert haben die natürlichen Mineralwässer in der Behandlung der Hautkrankheiten, von Dr. L. D. Bulkley. (*Medical Record.* Vol. 37. No. 1.) Veränderung des Klimas, der Umgebung, der Lebensweise, der Diät, sowie der Glaube, Heilung zu finden, haben sehr viel mit dem Erfolg von Trink- und Badekuren zu thun. Hier in Amerika fehlt es, mit einigen Ausnahmen, an erfahrenen, an Ort und Stelle ansässigen Badeärzten, die ein striktes Régime durchführen. Spezielle Medikationen, wie sie in Hot Springs (Arkansas), in Aachen u. s. w. verabreicht werden, lassen natürlich die eigentliche Wirkung der Mineralbrunnen dieser Orte in den Hintergrund treten.

Wasser allein schon ist imstande, den Organismus gewissermaſsen auszuwaschen und Nieren, Darm und Hautaktion zu erhöhen. Einige Wasser wirken speziell auf die Nieren, andere auf den Darm, und einige schlieſslich durch Erhöhung der Alkalescenz des Blutes. Eine eigentliche Wirkung auf die Haut ist nur bei sehr wenigen konstatiert worden. Lithion-, Eisen-, Schwefel-, Alaun-, Arsenik-, Brom-, Jod- und chlorhaltige Wasser werden speziell empfohlen. Aber entweder ist die Dosis zu klein, oder die Dauer der Behandlung zu kurz. Gewöhnlich sind die Resultate ungenügend oder gar negativ. Die Eisenwässer in Schwalbach, Pyrmont, Saratoga u. s. w. mögen wohl auf Anämie beruhende Hautaffektionen heilen oder bessern. Arsenwasser (Bourboule) hat den Erwartungen des Verf. nicht entsprochen. In gewissen Fällen von Ekzem scheint das Roekbridgewasser (Allaun) einen günstigen Einfluſs zu haben. Wenig Vertrauen setzt der Verf. in die Schwefelwasser Richfield, Sharon, Aoon, Virginia, White, Aachen und Baréyes.

Von der lokalen Wirkung von Mineralbädern ist mehr zu erwarten. Man trifft an Badeplätzen folgende (ihrer Häufigkeit nach angeordneten) Affektionen: Ekzema, Psoriasis, Syphilis, Akne, chronische Urticaria, Lichen planus, Lupus, Scabies, Ichthyosis, Pruritus, Prurigo. Bei Ekzem ist natürlich groſse Vorsicht nötig. Am besten ist die Kombination von alkalischen und leicht abführenden Wässern innerlich im Frühjahr, kurz darauf von tonisierenden Bädern äuſserlich gefolgt. Für Psoriasis werden Schwefel- oder besser noch Seebäder empfohlen. Bei Akne leisten Eisen und mild alkalische Quellen bessere Dienste als Schwefelwasser.

Leviseur-New York.

Die Seife, das älteste Antisepticum, von Dr. Theodor Clemens. (*Allgemeine medizinische Central-Zeitung.* 1890. No. XIV.) Verf. behauptet, nur zwei Mittel zu kennen, welche die weibliche Schönheit und namentlich den Teint bis ins hohe Alter schön und rein erhalten: Seife und seinen Bromarsenliquor. „Finnen und Pocken" sollen nach vierwöchentlichem, innnerlichen Seifengebrauche vollständig verschwinden. Auch als Antiseptikum, meint der Autor, hätte die Seife viel mehr geleistet, als die gepriesensten unserer heutigen Bakterienvertilger!

Leistikow-Hamburg.

Cirkulationsstörungen.

Ein seltener Fall von Jodexanthem, von Gustav Kaempfer. (*Centralbl. f. klin. Medizin.* 1890. No. 6.) Es wird die Krankheitsgeschichte einer 42jährigen Frau beschrieben, welche wegen Verdacht auf Lues cerebri groſse Dosen Jodkalium erhielt. Nach vierwöchentlichem Gebrauche stellten sich plötzlich unter Temperatursteigerung derbe, circumskripte Hautinfiltrate ein, die mit der Hand zu umgreifen und auf Druck sehr empfindlich waren. Die Haut darüber war gespannt und ge-

rötet. Lokalisation auf den Extremitäten. Nach einigen Tagen verschwand das Exanthem. Später wurde Jodkalium noch einige Male gegeben, und jedesmal kam das Exanthem zum Vorschein. Auch nach der Applikation per rectum bildeten sich die Hautinfiltrate. Damit glaubt Verf. zur Genüge bewiesen zu haben, dafs auch das auf Köbners Empfehlung per rectum gereichte Jodkalium nicht frei von üblen Nebenwirkungen sei. *Leistikow-Hamburg.*

Ein Fall von Purpura haemorrhagica, (Krankenvorstellung im ärztlichen Verein zu Budapest am 15. Februar 1890), von Dr. Julius Grosz. (*Gyógánat.* 1890. No. 8.) Bei einem 2¹/₂jährigen Mädchen traten ohne nachweisbare Ursache Hämorrhagien auf der Haut auf, nebst Blutungen aus Nase, Mundhöhle und Darm. Die Extremitäten waren ganz blau, stark geschwollen. Die Herzthätigkeit war erhöht, das Athmen dyspnoetisch — teilweise Bewufstlosigkeit — Fieber war vorhanden. Patientin ist geheilt. *Róna-Budapest.*

Die Radikalbehandlung varicöser Venen der unteren Extremitäten durch multiple Ligaturen, von Charles Phelps. (*New York. Med. Journ.* 28. Dezember 1889.) Sowohl zur Prophylaxis lebensgefährlicher Blutungen aus übermäfsig angefüllten Varicen, als auch zur Behandlung chronischen Ekzems der unteren Extremität und Ulcus cruris bei venöser Stauung empfiehlt Verf. die subkutane Ligatur der affizierten Venen mit Catgut. Wesentlich ist dabei, eine nicht zu geringe Anzahl von Unterbindungen vorzunehmen, um den Rückflufs durch die Anastomosen unmöglich zu machen. Verf. hat an mehr als 150 Patienten operiert und zwischen Zwei- und Dreitausend Ligaturen angelegt. Mit Ausnahme vou drei Fällen, bei denen nachweislich nicht genau sterilisiertes Catgut in Anwendung kam, waren die Resultate durchweg günstig. Im Falle des unvollständigen Erfolges einer ersten Operation ist die Wiederholung des Eingriffs geboten. *Philippi-Nieheim.*

Sklerema et Oedema neonatorum, von Dr. Ballantyne. (*Brit. Med. Journ.* 22. Februar 1890.) Ein Fall von Sklerema neonatorum. Ein schwächliches, zu früh geborenes Kind wurde am 2. Tage nach der Geburt von einem eigentümlichen leichenartigen Verhärten der Haut der Schenkel des Hinterteils und des Rückens befallen, welches sich schnell über den gröfseren Teil der Hautoberfläche verbreitete und am Abend des 3. Tages tödtlich endete. Die davon befallene Haut war hart, gab dem Druck nicht nach, bekam beim Drücken keine Grübchen und hatte ein schmutziggelbes Aussehen.

Ein Fall von Oedema neonatorum. Ein zu früh geborenes weibliches Kind, welches 6 Pfund 3 Unzen wog, zeigte wenige Stunden nach der Geburt einen ödematösen Zustand der Haut an dem unteren Teile des Rumpfes, an den Geschlechtsorganen und an den unteren Extremitäten. Die davon ergriffene Haut bekam beim Drücken Grübchen und hatte ein cyanotisches Aussehen. Das Kind starb 2 Tage nach der Geburt; es war kein Urin gelassen worden.

In einer gelegentlichen Notiz behauptet Dr. B., die beiden Zustände seien verschiedene Krankheiten, und die Menschen seien durch die älteren Autoren verwirrt gemacht.

Eines der ersten und besten klinischen Bilder der Krankheit wurde von Underwood skizziert, welcher wahrscheinlich die Aufmerksamkeit der Ärzte auf den Gegenstand gelenkt hat, und insbesondere die von Andry of L'Hôpital des Enfants trouvés zu Paris. Andry vermengte die beiden Krankheiten, sie wurden aber später von Dr. Parrot deutlich unterschieden.

Pathologische Anatomie des Sklerema. Beim Durchschneiden der Haut

und des Unterhautzellgewebes mit einem Messer entsteht in der Hand das Gefühl, als wenn man Speckschwarte schneidet, und beim Betrachten der Schnittfläche hat das Unterhautzellgewebe ein eigentümliches, weifsglänzendes Ansehen, ganz unähnlich dem gelblichen Ansehen, welches bei dem gesunden Kinde, das unter der Haut befindliche Fettgewebe hatte. Man konnte von der Schnittfläche keine wässerige Flüssigkeit auspressen und dem unbewaffneten Auge erschien dieser Teil nicht verdickt. Das mikroskopische Aussehen stimmte in der Hauptsache mit PARROTS Beschreibung der Histologie des Sklerema überein. Es war eine Austrocknung der Haut vorhanden mit einer Verdickung ihrer einzelnen Schichten und einer Atrophie der Fettschicht. Dr. B. vermutet, dafs auch eine Vermehrung der Zahl und des Reichtums der Bindegewebsbündel vorhanden ist und dafs diese Faserbündel die Masse Fettkügelchen in kleinere Häufchen zerteilen und dafs deren Atrophie durch Druck entstanden sei.

Der pathologische Hauptfaktor mag sein und ist wahrscheinlich eine atrophische Läsion des Nervensystems.

Die pathologische Anatomie des Oedema neonatorum differiert in vieler Hinsicht mit der von Sklerema. Herz, Leber, Milz sind normal, die Nieren ungewöhnlich vergröfsert, die Lungen teilweise atelektatisch bei der Sektion; Haut und Unterhautzellgewebe erschienen congestioniert und eine grofse Menge wässeriger Flüssigkeit lief aus dem Gewebe ab. Mikroskopisch untersucht sah man, dafs die Fettzellen des unter der Haut liegenden Gewebes durch dünne Streifchen Bindegewebes lose zusammengehalten wurden. Die Fettzellen waren atrophisch und das Aussehen der Horn- und Stachelschicht war gleich dem bei Sklerema. In den Nieren wurde deutliche „Tubular- und Glomerularnephritis“ gefunden. Dr. B. schliefst daraus, dafs das Oedema der Haut in diesem Falle der Nierenkrankheit zuzuschreiben sei.

Sehr wenig weifs man über die Ätiologie dieser Krankheiten. Sie kommen oft bei zu früh geborenen Kindern vor, die sich in ungünstigen hygienischen Verhältnissen befinden, was Nahrung, Luft, Kleidung betrifft, und jedenfalls wirken einige unbekannte Umstände im Mutterleibe mit.

Die Prognose ist sehr ernst und die Behandlung sehr undankbar; sie besteht hauptsächlich darin, dafs man das Kind unter die günstigsten hygienischen Verhältnisse stellt und Reibungen der Haut mit irgendwelchen stimmulierenden Liniment anwendet. *H. Leslie Roberts-London.*

(Übersetzt von P. TAENZER in Leipzig.)

Einfache Entzündungen.

Dermatitis multiformis gestationis, von Dr. CHARLES W. ALLEN. (*Journ. of Cut. and genito-urinary Diseases.* August 1889.) Eine 26jährige, verheiratete Frau hatte einmal normal geboren, seitdem ohne nachweisbare Ursache (keine Syphilis) sechsmal im dritten oder vierten Monat abortiert. Bei der achten Gravidität wurde ein ausgetragenes Kind geboren. Acht Tage zuvor Auftreten einer ziemlich grofsen Blase und mehrerer kleiner Bläschen auf dem Leib in der Umgebung des Nabels; ferner fanden sich kleine Bläschen an den Fingern, den Zehen, Füfsen und Oberschenkeln. Nach der Geburt des Kindes trat eine sehr erhebliche Verschlimmerung des Zustandes ein; die beträchtlichen subjektiven Beschwerden bestanden in heftigem Jucken sowie an den durch Platzen der Blasen entblöfsten Stellen intensiven

Schmerzen und allgemeinem quälenden Unwohlsein. Neben der sich allmählich über den ganzen Körper ausbreitenden Blasenbildung trat auch ein lebhaftes Erythem in die Erscheinung, meistens, doch nicht immer als Vorläufer der Blasen. Letztere haben einen anfangs klaren, citronengelben, später purulent werdenden Inhalt. Die Affektion zeigte 6 bis 7 Wochen lang mehr oder weniger intensive Recidive, bis endlich unter mäſsiger Schuppenbildung und bei Hinterlassung bräunlicher Pigmentierungen völlige Heilung eintrat. Therapie bestand in der Anwendung einer Paste aus Zinkoxyd, Bismuthum subnitric., Amylum, Tr. benzoic. cps., Acid. carbolic. und Vaselin, nebst innerlicher Darreichung von Sol. arsenical. Fowler.

Verf. begründet seine Benennung Dermatitis multiformis gestationis gegenüber sonst üblichen Bezeichnungen als Pemphigus, Herpes, Erythema gestationis oder Hydroa. Die Affektion ist eine Dermatitis, bei der gelegentlich alle die den genannten Affektionen eigentümlichen Symptome auftreten können. Brocqs Bezeichnung des Leidens als „Dermatite polymorphe prurigineuse recédivante de la grossesse" findet Verf. zwar korrekt, doch für Nicht-Franzosen schwer anwendbar. Nervöse Einflüsse spielen mit gröſster Wahrscheinlichkeit bei der Ätiologie des Leidens eine wesentliche Rolle. *Philippi-Nicheim.*

Über perforierende Hautgeschwüre infolge von Neuritis, von P. Helbing. (*Beiträge zur klin. Chirurgie.* Bd. 5. Heft 2.) Bei einem Knecht, der auf der Tübinger chirurgischen Klinik lag, war aus völlig unermittelter Ursache ein trophoneurotisches Hautgeschwür entstanden, das in das rechte Ellbogengelenk perforiert hatte und zur Vereiterung desselben führte. Auf Verlangen des Patienten wurde der erkrankte Oberarm im untern Drittel amputiert. Die stark verdickten Nerven wurden aus dem zentralen Stumpfe hervorgezogen, abgeschnitten und von Prof. C. Nauwerck einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Es fand sich nun eine mit Atrophie der nervösen Elemente einhergehende chronische Neuritis der drei Hauptnervenstämmen des Armes, und zwar am schwersten im N. medianus, geringer im N. ulnaris und N. radialis.

Verf. gelangt zu dem Schluſs, die trophischen Hautgeschwüre als ein Symptom einer mehr oder weniger diffusen degenerativen Neuritis zu betrachten.

Türkheim-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Die Prophylaxis der Lepra. Jonathan Hutchinson glaubt, daſs die Prophylaxe der Lepra keine groſsen Schwierigkeiten verursachen könne. Er ist überzeugt, daſs die Krankheit auf der Einwirkung eines spezifischen Mikroorganismus beruhe, und daſs derselbe mit der Nahrung dem Körper einverleibt werde. Die gefahrdrohende Nahrung sind die Fische und zwar alle eſsbaren Weich- und Schaltiere. Es ist nicht notwendig, die Benutzung der Fischnahrung selbst in den Gegenden, wo die Krankheit herrscht, ganz zu verbieten, nur muſs streng darauf gehalten werden, daſs alle Fischteile unmittelbar vor dem Essen in einer solchen Weise gekocht werden, daſs alle lebenden Keime mit Sicherheit vernichtet werden. Gefährlich dagegen ist alle Fischnahrung, wenn sie roh oder halbgekocht oder im Stadium der Zersetzung genossen wird.

In den meisten Lepragegenden ist das vorherrschende System das gerade Gegen-

teil von dem was richtig wäre. Die meisten Lepraspitäler sind an der Küste gelegen, und da dort Fische reichlich vorhanden sind, so erhalten die Kranken dieselben in aller möglichen Beschaffenheit. Auf den Sandwich-Inseln haben die Eingeborenen die Gewohnheit, die Fische roh zu essen. Die Chinesen sind wegen ihrer Nachlässigkeit in Bezug auf ihre Nahrung — besonders aber die Fischnahrung — berüchtigt, und wo Chinesen sind, da ist auch Lepra. (Auszug aus „Die Verhütung der Lepra" von Hutchinson. I. *Arch. Surg.* 1889.)

Bemerkungen über einige Thatsachen, die ersten Stadien der Lepra betreffend, von Jonathan Hutchinson. (*British Med. Journ.* 15. Februar 1890.) Folgende Maſsregeln wurden von Hutchinson beobachtet in der Absicht, so weit dies möglich, die Ursachen festzustellen:

Das Studium der ersten Stadien dieser Krankheit soll Licht auf die Fragen werfen, ob die Ansteckung eine lokale oder eine universelle ist und ob man von einem Primäraffekte der Lepra sprechen kann, in demselben Sinne, wie man von einem Primäraffekt bei Syphilis spricht.

H. glaubt, daſs alle Fälle von Lepra gemischter Art sind, wenn man sie lange genug beobachtet und sie in allen ihren Stadien sieht.

1. Ein Fall von Lepra, bei welchem ein schwach ausgeprägtes diffuses Erythema das erste Symptom war. Das Erythem bestand in groſsen Flecken, welche die ganze Fläche der Extremitäten und des Nackens einer 25jährigen Frau aus Jamaika bedeckten. Diese Flecken waren dunkel und unbestimmt, es war keine Schwellung oder Erhöhung vorhanden. An ein oder zwei Stellen bestanden psoriasisähnliche Flecke. Es war eine Verminderung der Sensibilität in allen Extremitäten bemerkbar. Weiſse Flecken (Leukoderma) waren am Halse sichtbar, sie waren anästhetisch.

Vier Monate später hatte sich das dunkle Erythem über das Gesicht verbreitet.

2. Ein Fall bei einem 44jährigen Manne, welcher bis zum 10. Jahre in Indien wohnte, aber seitdem in England lebte.

Beide Hände sind verfärbt und schwach angeschwollen; an der Spitze beider Ellenbogen sind Gruppen gelbbrauner Flecken, welche im Centrum anästhetisch sind. An den unteren Extremitäten sind braune Pigmentflecke mit anästhetischem Mittelpunkt. Die Ellenbogennerven waren verdickt, die Hände steif und etwas hilflos.

3. Lepra bei einem Mann von 21 Jahren aus Calcutta, welche als dunkle Flecke an einem Fuſs begann und dann den andern angriff. Diese dehnten sich von einer Gruppe Muskeln am rechten Beine aus, dessen Wade nur 11 Zoll im Umfange maſs, während das andere 14 maſs. Nachher erscheinen Flecke im Gesicht.

4. Ein Fall von Lepra aus Südafrika. Das erste Stadium waren erythematöse Flecke. Bei der Besichtigung zwei Jahre später war die Lepra immer noch im Stadium des Erythems.

5. Ein Fall bei einem Knaben, welcher in Jamaica ganz gesund, ohne äuſsere Zeichen der Krankheit geboren wurde. Es waren unbestimmte dunkle Flecke auf Wangen und Stirn mit geringer Schwellung; auf beiden Schenkeln erscheinen erythematöse Flecke mit blassem anästhetischen Mittelpunkte. Er wurde zehn Jahre später besehen, sein Zustand war um diese Zeit ungefähr derselbe. Er hatte kontinuierlich Arsenik genommen und hatte sich während der letzten zwei Jahre des Fischgenusses enthalten.

6. Dieser Fall ist wegen der Beschränkung der Lepra auf ein Glied eigentümlich. Sie begann in Gestalt brauner Flecke auf der rechten Hand. Der rechte Ellenbogennerv ist in Mitleidenschaft gezogen. Es entstanden Kontrakturen und Steifheit der Hand, welche klauenartig flektiert ist.

7. Ein Fall bei einem Herrn, welcher vor Jahren auf einem Schenkel einen braunen anästhetischen Fleck hatte, ehe sich andere Symptome entwickelten. Der N. ulnaris und die N. N. musculo spinales wurden alsdann ergriffen. Der N. ulnaris war stark verdickt. Er wurde durch einen Hautausschlag, aus Flecken verschiedener Gröſse bestehend, gekennzeichnet, welcher (ähnlich wie Psoriasis im Gesicht) an den Gliedern und am Rumpfe mit wenig anästhetischem Centrum auftrat. Es tritt später keine Atrophie der Muskeln ein, aber eine bedeutende Anästhesie der Hände, des Handgelenks und des unteren Teils des Vorderarmes, welche allmählich am Ellenbogen endet. Die Haut der Hände ist trocken und rauh, aber an den Nägeln sind keine Abnormitäten bemerkbar. Die Füſse sind steif und unter der linken groſsen Zehe ist ein perforierendes Geschwür.

8. Lepra bei einem Manne aus Indien, als groſse Sommersprossen beginnend. In einem andern Falle begann die Lepra in Form von erythematösen Flecken auf den Wangen, welche sich symmetrisch entwickelten und sich schnell verbreiteten, bis sie die ganze Oberfläche des Körpers bedeckten. Auf Armen und Beinen wurden einige der Flecken weiſs in der Mitte und wo diese weiſse Färbung erscheint, ist mehr oder weniger Anästhesie vorhanden. Der Ellenbogennerv ist nicht vergröſsert und eine Muskellähmung liegt nicht vor. *H. Leslie Roberts-London.*

(Übersetzt von P. TAENZER in Leipzig.)

Die Analogie der Lepra: eine Kritik einiger der gegenwärtig geltenden Ansichten, von P. S. ABRAHAM. (*The practitioner.* pag. 153. 1889.) Neben der Mikrobientheorie gibt es noch drei Momente, welche für ätiologisch wichtig bei der Entstehung der Lepra gelten.

1. Die Hereditätstheorie: HUTCHINSON verwirft dieselbe. Unter 42 von Dr. BLANC in den Vereinigten Staaten behandelten Fällen waren 12 Patienten aus fremden Ländern gebürtig, 18 weitere Kranke waren Kinder fremdländischer Einwanderer (meistenteils aus Deutschland und Irrland stammend). — HANSEN besuchte Nordamerika, um sich nach dem Schicksal der dorthin aus Norwegen ausgewanderten Leprakranken zu erkundigen. Von 160 Einwanderern sind nur ungefähr 17 übrig geblieben. Von allen den Nachkommen derselben war, trotzdem er die Descendenz bis zu den Urenkeln verfolgte, kein einziger der Lepra anheimgefallen. HANSENS Urteil lautet dahin, daſs Lepra nicht durch hereditäre Übertragung fortgepflanzt werde.

2. Die Fischtheorie: Dieselbe findet bei Ärzten gerade in den Gegenden, wo Lepra häufig .vorkommt, keinen Glauben. HUTCHINSON ist trotzdem noch ein Anhänger derselben.

Nach dem Bericht vom Leibarzt des Schah von Persien, Dr. THOLOZAN, wird angegeben, daſs in den Niederungen in Persien und an der Küste, wo gesalzene Fische gegessen werden, Lepra nur sehr spärlich vorkomme, und daſs in Teheran kein einziger Fall zur Kenntnis des genannten Autors gelangt ist. Dagegen ist die Krankheit in Kurdistan, wo es keine gröſseren Flüsse gibt, häufig zu finden; die dortigen Einwohner essen aber keine Fische, vielfach jedoch Hammelfleisch, das oft in geschmolzenem Fett schlecht präserviert gewesen ist. Ein direkter Beweis gegen die Möglichkeit der Entstehung der Lepra auf diätetischem Wege ist bisher nicht erbracht worden.

Dr. LIVEING stellt die Ansicht auf, daſs die Krankheit durch Aufsaugung der Exkrete der betroffenen Individuen übertragen werden könne nach Analogie des Typhus oder der Cholera (vide *Gulstonian lectures.* 1873).

3. Die Theorie von der kontagiösen Übertragung. ABRAHAM

glaubt, dafs die Kontagiosität der Lepra unleugbar ist, insofern als nach der engeren Berührung mit Leprösen sonst völlig reine Individuen gelegentlich an Aussatz erkranken. Der durch Dr. HAWTREY BENSONS [1] Fall gelieferte Beweis von der Kontagiosität der Lepra sei „beinahe so überzeugend wie eine mathematische Schlufsfolgerung."

HUTCHINSON hinwiederum leugnet die Kontagiosität aufs Entschiedenste. HANSEN hält Lepra für infektiös, und Dr. KAURIN in Molde haben sich ihm jetzt angeschlossen.

DANIELSSEN sagt, er habe, „trotz seiner langjährigen Erfahrungen in bezug auf Lepra keinen einzigen Fall von Übertragung durch Kontagium beobachtet."

Auch NICKOLL leugnet die Kontagiosität.

Dres. PHILIPP und SAUDERS in Jamaica glauben an eine Übertragung durch Kontagium.

Auf den Sandwichinseln glauben alle Ärzte (mit Ausnahme von Dr. Fitch) an das Kontagium der Lepra. Dr. BEAVEN RAKE hat auf Trinidad niemals einen Fall von Übertragung durch Kontagium beobachtet, und er bemängelt die Resultate von ARNINGS Impfexperiment.

Ein grofser Prozentsatz der Civilärzte im Regierungsbezirk Calcutta hält auf Grund eigener Beobachtungen die Krankheit für kontagiös.

Im Jahre 1867 hat das Royal College of Physicians of England einen Bericht aufgesetzt des Inhalts, dafs: „nach der fast einstimmigen Überzeugung der erfahrensten Beobachter in verschiedenen Teilen der Welt Lepra weder kontagiös noch durch die Nähe oder die Berührung mit den Erkrankten übertragbar ist." Hauptsächlich beweisend in dieser Beziehung sind die Schlüsse, welche aus den Erfahrungen des Pflegepersonals in Leprahospitälern hervorgehen. Die wenigen berichteten Fälle gegenteiliger Richtung beruhen entweder auf mangelhafter Beobachtung, oder andernfalls sind dieselben mit so geringer Berücksichtigung der notwendigen Details beschrieben, dafs sie keine Berechtigung geben an der Richtigkeit obiger Sätze zu zweifeln.

Das jetzt (17. April 1889) konstituierte Komite gibt zu, dafs „die Beweismittel für die Übertragbarkeit der Lepra im Zunehmen begriffen sind."

Philippi-Nieheim.

Dr. HAWTREY BENSONS **Fall von Leprаübertragung.** T. H. kehrte nach einem 22jährigen Aufenthalt in Indien nach seiner Heimat zurück, erkrankte hier an Lepra tuberosa und starb nach anderthalb Jahren.

Während dieser Zeit schlief der Bruder des Kranken mit ihm in demselben Bett und trug nach seinem Tode sechs Monate lang seine Kleider. Später zeigte auch er (der sonst gesunde Bruder) die Symptome der Krankheit und starb ein Jahr darauf ebenfalls an tuberöser Lepra. Dieser Kranke war aber niemals über die Grenzen Grofsbritanniens hinaus gekommen. *Philippi-Nieheim.*

b. *Tuberkulose.*

Zur Pathologie und Therapie der skrofulös-tuberkulösen Lymphdrüsengeschwülste bei Kindern bis zu 10 Jahren, von HEINZ WOHLGEMUTH. **Inaug.** Dissert. Berlin 1889. W. verfügte im ganzen über 430 Fälle von Drüsentuberkulose,

---

[1] *Dublin Journ. of med. Science.* 1877. pag. 562.
Brit. med. Journ. 13 April. 1889. Der Fall wird am Schlufs dieses Referats im Auszug mitgeteilt.

bezw. Skrofulose — für W. sind beide Formen identisch — von den 68,15 % Kinder bis zu 10 Jahren betrafen. Nach andern Beobachtungen ist die Beteiligung in den ersten 10 Lebensjahren eine etwas geringere. Von jenen 430 Fällen waren in 93 % die Halsdrüsen erkrankt. Eine wesentliche Benachteiligung des weiblichen Geschlechts geht aus W.s Statistik nicht hervor. — Verf. ist sehr für ein operatives Vorgehen gegen die Drüsentuberkulose und will überall da mit Messer und scharfem Löffel — von den sonstigen Operationsmethoden verspricht er sich weniger Erfolg — vorgehen, wo 1. die Drüsen eiterig zerfallen sind, 2. grofse, isolierte Drüsenpackete trotz geeigneter innerer Behandlung bestehen bleiben. Von 207 Kindern (bis zu 10 Jahren) der Poliklinik des jüdischen Krankenhauses wurden 167 einer Operation unterworfen. Von diesen haben sich 81 wieder vorgestellt und zwar 56 nach einer 1—2maligen Operation als dauernd geheilt, ein sehr beachtenswertes Ergebnis, wenn man daneben hält, dafs von 46 nicht operierten Kindern nur 11 als dauernd geheilt befunden wurden. — Verf. hebt in seinen Schlufssätzen nochmals hervor, dafs man dauernde Erfolge nur von einer gründlichen Entfernung alles Krankhaften erwarten könne und dafs die Operation mit keinerlei ernsten Gefahren verknüpft ist.

Türkheim-Hamburg.

c. *Syphilis.*

Die Behandlung der Syphilis mit Hydrarg. tannicum, von Petrini (Galatz). Paris. Felix Aldan. 1889. Die Abhandlung wendet sich namentlich gegen die als unzweckmäfsig und sogar gefährlich dargestellten Hg-Einspritzungen und empfiehlt auf grund einiger hundert erfolgreich behandelter Fälle das Hg. tannicum, von dem in den ersten Tagen täglich 0,1 später 0,2 in Pillenform während der Hauptmahlzeit gereicht werden soll. Da das Medikament zum grofsen Teil wieder mit dem Speichel ausgeschieden wird, so soll zur Vermeidung von Stomatitis von vornherein mit Kali chloricum gegurgelt werden. — Zum Schlufs seiner Abhandlung wird Petrini wieder polemisch und wendet sich gegen Langleberts, auf dem internationalen Kongrefs zu Paris aufgestellte Behauptung, wonach Quecksilber nur gegen die sekundären Erscheinungen der Syphilis wirksam sei. — Eine Reihe von Krankengeschichten ist der Arbeit, die dem internationalen Kongrefs für Syphilis und Dermatologie zu Paris, August 1889 dargeboten wurde, beigefügt. *Türkheim-Hamburg.*

Über subkutane Drüsenaffektion im Spätstadium der Syphilis. (Gummatöse oder tertiäre Bubonen oder Lymphome), von Dr. S. Lustgarten. (*Medical Record*. Vol. 37. No. 2.) Es werden 4 interessante Fälle beschrieben und dann die einschlägige Litteratur in übersichtlicher Weise zusammengestellt. Die klinischen Merkmale lassen sich folgendermafsen kurz resumieren:

Tertiäre Syphilis befällt hauptsächlich die inguinalen Lymphdrüsen, in zweiter Linie werden die submaxillaren und intra-klavikularen Drüsen befallen, seltener leiden die axillaren, cervikalen und kubitalen.

Es ist selten, dafs eine einzelne Drüse afficiert wird, gewöhnlich handelt es sich um Erkrankung einer Drüsengruppe, oder der Drüsen einer oder verschiedener Regionen. — Die erkrankten Drüsen sind rundlich, oval, elastisch, oft hart, haben eine höckerig-knotige Oberfläche; sie können auch im Zentrum weiche, selbst fluktuierende oder käsige Massen bilden. An Gröfse kommen sie gewöhnlich einer Wallnufs gleich, doch können Tumoren von Kirschen- bis Orangegröfse beobachtet werden. Die Drüsen sind indolent oder etwas druckempfindlich, oft treten dumpf lancinirende Schmerzen des Nachts ein.

Die gummatösen Lymphome, zuerst isolierbar und verschieblich, verwachsen nach längerem Bestande untereinander und mit dem unterliegenden Gewebe fest und narbenähnlich, so dafs eine operative Entfernung infolge der Verschmelzung mit den Septen der Fascien, Blutgefäfse und Nerven grofse Schwierigkeiten bieten mag. In einigen Fällen sind mehr oder weniger getrennt stehende Drüsen durch knotige, federkieldicke Lymphstränge verbunden. — Die Hautdecke ist und bleibt über vielen Drüsen verschieblich, manchmal verwächst sie mit der Drüsenkapsel. Im letzteren Falle wird die Haut natürlich bei Erweichung und Verkäsung der Drüse in Mitleidenschaft gezogen; es zeigt sich ein Infiltrat mit darauffolgender bräunlich oder bläulicher Rötung. Seltener tritt Gangrän der Haut oder ein ausgebreitetes serpiginöses, ulcerierendes Syphilid auf.

Tertiäre Lymphadenitis erscheint 1. gleichzeitig mit andern syphilitischen Manifestationen oder als Folge solcher. Viscerale Affektionen mögen zugegen sein. 2. Bei prädisponierten Personen, als Folge eines chirurgischen Eingriffs oder eines Traumas. Auch in einer Drüse, die durch vorausgegangene Erkrankung zur Pars minoris resistentiae geworden ist. 4. Als einzige Krankheitsmanifestation.

Die Affektion entwickelt sich und verläuft gewöhnlich in chronischer Weise. Die Lymphome mögen Monate lang, ja 2 bis mehr Jahre persistieren; gewöhnlich erweichen sich jedoch einzelne Geschwülste nach einigen Monaten. Die Tendenz zur spontanen Heilung ist sehr gering oder fehlt ganz. Leukocythosis ist im Beginn der Erkrankung beobachtet worden (Virchow). Nach längerem Bestande und bei gröfserer Ausbreitung treten Symptome von Oligämie (Chloranämie) und schliefslich Cachexie auf. Das Alter der Patienten schwankt zwischen 11 und 53 Jahren, doch scheint das dritte und vierte Dezennium besonders günstig zur Entwickelung der Affektion. Geeignete antisyphilitische Behandlung war jedesmal erfolgreich. Der Verf. schliefst mit einigen passenden sich auf die Differentialdiagnose u. s. w. beziehenden Bemerkungen. *Leviseur-New York.*

Über Syphilom der Vulva, von James Nevins Hyde. (*Journ. of Cutan. and genito-urinary Diseases.* April und Mai 1889.) Verf. gebraucht den Ausdruck Syphilom nur für die tertiären, gummatösen Manifestationen der Syphilis. Dasselbe äufsert sich meist als eine tief sitzende, feste, bohnen- bis nufsgrofse mehr oder weniger scharf umschriebene Infiltration der einen grofsen Schamlippe; die andern Teile der Vulva sind ebenfalls, indessen nicht so häufig Sitz der Affektion. Die Entwickelung des Leidens ist stets eine sehr chronische und das Auftreten von Geschwürsbildung, das zu sehr erheblichen Zerstörungen führen kann, läfst immer längere Zeit auf sich warten. Eine häufige Komplikation bilden die „Languettes“ der Franzosen, warzenartige, derbe Auswüchse am Perineum und um den Anus, von Bohnen- bis klein-Eigröfse, meist mit einer dünnen Haut oder mit Granulationen bedeckt, seltener ulceriert.

Wegen der weiteren, höchst anschaulich geschilderten Einzelheiten der Symptome mufs aufs Original verwiesen werden. Von Wichtigkeit ist der Umstand, dafs das Syphilom der Vulva in der Mehrzahl der Fälle ohne anderweitige begleitende Äufserungen der Lues angetroffen wird: so sind von den acht eigenen Fällen des Verf.s nur zwei mit sonstigen syphilitischen Symptomen behaftet gewesen. Seine gröfste Bedeutung gewinnt das Syphilom der Vulva durch die offenbar oftmals gestellte irrige Diagnose desselben als Lupus der Vulva, oder als Elephantiasis. Dafs viele der als Lupus vulvae beschriebenen Fälle sicherlich nicht als solche aufzufassen sind, geht u. a. aus dem Fehlen anderweiter lupöser Manifestationen, dem verhältnismäfsig viel rapideren Verlauf des Leidens, dem Lebensalter der Patientinnen (Lupus

tritt früh auf, Syphilom der Vulva findet sich fast ausschliefslich im dritten und vierten Decennium), der Gröfse der sich bildenden Geschwülste gegenüber den stets klein bleibenden Lupusknötchen und schliefslich dem bei vielen der beschriebenen Fälle gelieferten Nachweis früherer syphilitischer Infektion.

Auch Tuberculosis der Haut an diesen Teilen kommt bei der Differentialdiagnose als seltene Möglichkeit in Betracht, sowie Epitheliom und Sarkom.

Die pathologische Anatomie hat bisher noch keine positiven Resultate geliefert; die entstehenden Veränderungen bieten unterm Mikroskop nicht genügend charakteristische Merkmale dar. Die Prognose ist relativ günstig, namentlich wenn gröbere (gewöhnlich intra partum entstandene) Zerreifsungen oder Kachexie nicht vorhanden sind. Die Therapie besteht in antisyphilitischen Mafsregeln und Tonicis; hauptsächlich ist aber die konsequente Durchführung gründlicher lokaler Reinigungen und Verbände, die fast immer eine geübte Wärterin erforderlich machen, wichtig. Argentum nitricum, Jodoform-, Jodol- oder Hydronaphtholpulver (1 : 150 Walkerde) kommen dabei in Anwendung. Bei schmerzhaftem Urinieren läfst man die Kranken in einem Gefäfs mit Wasser die Urinentleerung besorgen; bei schmerzhafter Defäkation empfiehlt es sich vor jeder Stuhlentleerung den After mit einer Salbe mit Benzoëtinktur (1 : 8) zu bestreichen. Beiderlei Beschwerden kommen bei der oft weit ausgebreiteten Geschwürsbildung nicht selten vor. Eine Übersicht der Details der vom Verf. beobachteten Fälle in tabellarischer Form sowie eine Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur sind der interessanten Abhandlung beigegeben. *Philippi-Nieheim*.

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Ein Fall von Favus universalis, (Krankenvorstellung im ärztlichen Vereine zu Budapest, am 15. Februar 1890), von Dr. Havas. (*Gyógánat.* 1890. No. 8). Aufser Kopffavus sah man auch am Stamm vereinzelte Scutula. Um einzelne kleinere Scutula war perifolliculäre Entzündung zu sehen, sowie stellenweise ein herpetisches Vorstadium. *Róna-Budapest.*

Über Anwendung des Hydracetin gegen Psoriasis, von Dr. Em. Basch, (*Gyógyászat.* 1890. No. 4.) Verf. stellte mit Hydracetin Kontrollversuche an, und fand Guttmanns und Oestreichers Erfahrungen nur teilweise bestätigt.

Das Hydracetin erwies sich, wenn auch nur äufserlich angewendet, als ein mächtiges Gift, dessen Wirkung hier und da lebensgefährlich ist. Verf. führt einen Fall an, wo das Hydracetin bei einem Kranken mit universeller Psoriasis angewendet wurde. Vorsichtshalber wurde nur ein Dritteil des Körpers mit 10 %iger Hydracetinsalbe eingeschmiert, und nach 10tägigem Gebrauche erzeugte die Salbe so heftige Vergiftungssymptome, dafs das Mittel ausgesetzt werden mufste. Die Wirkung des Hydracetins gab sich vor allem in einer auffallenden Blässe der Haut und Schleimhäute kund, wonach sich — obwohl das Hydracetin schon ausgesetzt wurde — Hämoglobinurie und zuletzt hämatogener Icterus entwickelte. Aufserdem bemerkte Verf. — im Gegensatze mit P. Guttmann — eine auffallende Beschleunigung des Pulses von 80 auf 120 per Minute. Die Psoriasisplaques verschwanden jedoch trotz dieser den Organismus im höchsten Grade gefährdenden Symptome nicht, sondern wurden nur blässer, bekamen jedoch ihr typisches Aussehen, als die Vergiftungssymptome aufhörten, wieder zurück.

Verf. benutzte das Hydracetin noch in weiteren 4 Fällen und überzeugte sich davon, daſs das Hydracetin nirgends mit der prompten Wirkung des Pyrogallols oder Chrysarobins wetteifern konnte. Dem Hydracetin, dessen reduzierende Wirkung auſser allem Zweifel steht, scheint demnach jene dem Pyrogallol und Chrysarobin gegenüber der Psoriasis innewohnende spezifische Eigenschaft zu fehlen.

Verf. empfiehlt daher das Mittel nur in jenen Fällen, wo die Plaques nur auf einzelnen Körperteilen und auch dort nur in kleiner Ausdehnung vorhanden sind.

Róna-Budapest.

Über das Vorkommen von Prurigo in Amerika, von JOSEPH ZEISLER. (*Journ. of Cut. and genito-urinary Dis.* November 1889.) Prurigo ist nachweislich in Amerika seltener vertreten als in Deutschland, und namentlich als in Österreich. Die Berichte der American Dermatological Association ergeben einen Prozentsatz von 0,027 % aller Hautkrankheiten im Laufe der Jahre 1878 bis 1887, und 0,033 % fürs Jahr 1887 bis 1888. Verf. selbst hat im Laufe von 5 Jahren bei 1370 Fällen von Hautkrankheiten 0,812 % Prurigo in verschiedener Intensität beobachtet. Dagegen geben die Statistiken aus europäischen Kliniken erhebliche höhere Zahlen.

In Übereinstimmung mit HYDE, MORISON, FOX, BULKLEY nnd anderen stellt Verf. es als unleugbar hin, daſs Prurigo somit allerdings in Amerika vorkommt, dort aber erheblich seltener als in Europa ist; hauptsächlich sind die schwersten Formen (Prurigo ferox) dort sehr selten. *Philippi-Nieheim.*

Das rezidivierende desquamative Erythema scarlatiniforme, von G. T. ELLIOT. (*New York. Med. Journ.* 11. Januar 1890.) Beschreibung eines einschlägigen Falles: Eine 39jährige verheiratete Frau erkrankte zur Zeit der Menstruation wiederholt (16 mal wenigstens) an einem dem skarlatinösen ganz ähnlichen Ausschlag. Derselbe trat meistenteils vor, manchmal (während der Gravidität) an Stelle der Menses ein, und bestand aus einem sich rasch über die Brust, den Rumpf, die Extremitäten ausbreitenden, zunächst miliaren, dann diffus werdenden, intensiv roten Exanthem. Es bestand daneben Fieber, Schwindel, Übelkeit und allgemeines Unwohlsein. Nach einem oder wenigen Tagen verblaſste regelmäſsig der oft mit starkem Juckreiz einhergehende Ausschlag und machte einer ausgedehnten Desquamation Platz. Letztere währte stets längere Zeit, bei den vom Verf. beobachteten Recidiven 3 Wochen. Rachenorgane scheinen stets frei geblieben zu sein. Urin war eiweiſsfrei. Patientin war in hohem Grade hysterisch, dabei aber durchaus intelligent und entschieden von dem Wunsche erfüllt, von der Affektion befreit zu sein. Sie hatte zweimal geboren, einmal eine Frühgeburt gehabt; bei beiden ersteren Entbindungen war die Placenta adhärent gewesen; bei der Frühgeburt erkrankte sie recht schwer. Der Uterus befand sich bei der Untersuchung (ca 5 Monate nach der letzten Entbindung) im Zustande der Subinvolution; das linke Ovarium war prolabiert und lag hinter dem Uterus. Ein vier Wochen vor dem ersten Auftreten der Eruption entstandenes Trauma der rechten Hand, das zur Unbrauchbarkeit und starker Schwellung derselben führte, konnte an sich nicht mit dem Ausschlag in ätiologischen Zusammenhang gebracht werden. Ebensowenig konnte derselbe auf medikamentöse Einflüsse zurückgeführt werden, da Patientin zur Zeit der Ausbrüche nur Cascara sagrada, Natron bicarbonic. Tr. nuc. vomic, u. Tr. ferr. pomat. erhalten hatte. Vielmehr ist Verf. der Ansicht, daſs die Genitalaffektion gewiſs in direktem Zusammenhange mit dem Auftreten des Ausschlags steht. Immerhin sei aber die Ätiologie dieses eigentümlichen, von BESNIER-FÉRÉOL und BROCQ zuerst genauer beschriebenen Erythema desquamativum scarlatiniforme noch einer genaueren Feststellung bedürftig.

Philippi-Nieheim.

b. *Cutiserkrankungen.*

Behandlung des Extremitäten- und Rumpferysipels mittels permanenten warmen Wasserbades, von Dr. A. Rose, New York. (*Medizinische Monatsschrift.* 1890. Heft 1.) R. empfiehlt zur Erysipelbehandlung das warme permanente Bad (90—95° Fahrenheit), welches ihm in mehreren Fällen vorzügliche Dienste leistete. R. glaubt, dafs infolge der durch das heifse Wasser hervorgerufenen Aufquellung der Gewebe die Lymphbahnen der Haut geschlossen werden. Der Infektionsheerd werde abgeschnitten und die Fehleisenschen Streptokokken vermögen nicht mehr einzudringen. Auch ist R. der Ansicht, dafs schon an und für sich die Lebensbedingungen der Kokken im Wasserbade stark beeinträchtigt werden. *Leistikow-Hamburg.*

Über Impetigo herpetiformis, von Dr. du Mesnil und cand. med. Marx. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* 1889.) Die Verff. beobachteten einen Fall dieser seltenen Erkrankung auf der Würzburger Klinik; derselbe betraf eine 30jährige Schneidersfrau, die 14 Tage vor ihrer Aufnahme in die Klinik von dem charakteristischen Symptomenkomplex zeigte: rasches Aufschiefsen von Bläschen, deren Inhalt von Beginn an eiterig ist und welche immer gruppenweise angeordnet sind. Das Centrum dieser Gruppen konfluiert, bildet Borken oder Exkoriationen, an der Peripherie bilden sich neue Pusteln. Auch die Schleimhäute zeigten dieselbe Affektion

Die Eruption ging von der Genitalgegend aus und verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper. Im weiteren Verlaufe der Affektion traten Schüttelfröste auf mit Herzpalpitationen, Erbrechen, Nystagmus, sogar Benommenheit und blutige Stühle. Auf den exkoriierten Stellen bildeten sich papilläre Exkrescenzen, ebenso auf den Stellen im Munde.

Die Patientin wurde antiluetisch und mit Puder behandelt. Das Interessante an diesem Falle sind die papillären Exkrescenzen und die blutigen Stühle, welche letzteren sowohl auf eine Quecksilbervergiftung mit Quecksilbergeschwüren im Darme als auch auf das Weiterschreiten der Impetigo auf den Darmtraktus bezogen werden konnten!

Bereits Kaposi hatte einen Fall von Impetigo herpetiformis mitgeteilt, der nicht mit Schwangerschaft in Konnex stand. Der obige Fall ist der zweite dieser Art.

Mikroskopisch ist nichts neues gefunden worden; die Drüsen der Haut normal. Die oberflächliche Schicht des Coriums infiltriert, Erweiterung der Gefäfse daselbst, Perivaskulitis, Wucherung der Epithelzapfen in die Tiefe.

Bakteriologisch wurde nichts wesentliches entdeckt. *P. Taenzer-Leipzig.*

Über eine ungewöhnliche Form von pustulo-ulcerativer Hauterkrankung, von G. B. Bronson. (*Journ. of Cut. and Genito-urin. Dis.* November 1889.) Beschreibung einer Einzelbeobachtung an einem 14jährigen Knaben. Gesicht diffus geschwollen und ödematös, namentlich Stirn, Augen und Mund; daneben war die Haut in grofser Ausdehnung mit Papeln, Knötchen, Pusteln und Geschwüren nebst stecknadelkopf- bis linsengrofsen Narben bedeckt. Patient bot am Rumpfe ähnliche Pusteln und Borken-bedeckte Ulcerationen wie im Gesicht dar, doch ohne die ödematöse Schwellung. Die Nates und die Gegend der Schulterblätter waren am meisten ergriffen. Sowohl im Gesicht wie am Rumpfe fiel die gruppenweise Zusammenstellung der Efflorescenzen auf. An den am stärksten ergriffenen Stellen konnte durch einen festen Druck sehr reichlich Eiter entleert werden. Die Extremitäten waren in viel geringerem Mafse befallen. Neben der Pustelbildung war auch reichliche Aussaat von Petechien und Echymosen vorhanden. Wie es scheint, bestand die Primäraffektion aus einer kleinen roten Papel, einer Pustel oder in einigen Fällen aus einem Bläschen, wobei aber jedesmal das Gebilde von einem Haar durchbohrt

war. Im weiteren Verlaufe wurde die Efflorescenz entweder unter Hinterlassung einer feinen, lichenartigen, borkenbedeckten Papel resorbiert, oder die Entzündung griff weiter um sich und führte zu gröfseren ulcerativen Veränderungen der Haut. Die Affektion sollte ungefähr anderthalb Jahre unter abwechselnder Besserung bestanden haben. Die Ätiologie erscheint ziemlich dunkel, doch ist jedenfalls eine skrofulöser, kachektischer Habitus mit im Spiele gewesen; die Anordnung der Efflorescenzen in Gruppen deutet auch auf nervöse Einflüsse wie bei Hydroa. Bei tonisierender antiskrofulöser Behandlung trat im Laufe von zwei Monaten bedeutende Besserung ein. Darauf Entlassung und nach einiger Zeit wieder wesentliche Verschlimmerung. Diagnose: Acne cachecticorum phlegmonosa et ulcerosa. Zwei anschauliche Lichtdrucktafeln sind der Abhandlung beigegeben.

Philippi-Nieheim.

Akne, von Dr. Fr. Payne. (*Lancet.* 15. Februar 1890.) P. ist der Meinung, die Akne vulgaris entstehe nur durch Entzündung von Komedonen, als deren Hauptursache Mikrokokken verantwortlich gemacht werden, welche auf der Haut schmarotzen und welche besonders günstige Umstände brauchen, ehe sie sich entfalten können. P. glaubt ferner, dafs das Vorhandensein von Zucker im Blute das Wachstum begünstigt. Das zufällige Vorhandensein von Pusteln bei Diabetes scheint diese Hypothese zu unterstützen. Auch ist er überzeugt, dafs ein Übermafs von Zucker in der Nahrung bei Kindern die Entstehung eiteriger Hautkrankheiten befördert. Akne vulgaris kann auch hervorgerufen werden durch Zersetzung der Nahrung und durch Stoffe, die im Darme erzeugt und wieder resorbiert werden. Das Vorkommen von Akne läfst sich infolgedessen durch den Genufs zu reichlicher Diät erklären, oder nach Wein und Bier, welche ungekorenen Zucker enthalten.

Die Behandlung besteht in Waschungen der befallenen Teile mit Wasser und Seife, dem man Einreibungen und Anwendung von alkalischen, schwefeligen Abwaschungen folgen läfst.

Sulfur praecipit.	15 gran
Glycerin	3 p
Spirit. camphor.	m. V.
Aq. Calcis	ad ℥i

Das Kalkwasser ist für manche Haut etwas zu stark und kann man dann etwas hartes Wasser zusetzen lassen. Ist Entzündung vorhanden, so kann der Schwefel etwas irritieren. In diesem Falle kann ein halbes Gran Perchloride of mercure und eine Unze Mandelemulsion statt dessen hinzugesetzt werden. Bei der inneren Behandlung mufs auf den Zustand des Patienten Rücksicht genommen werden. Bier und süfse Weine sind zu vermeiden. Er empfiehlt purgierende Wässer, namentlich Friedrichshaller. Schwefel innerlich ist sehr nützlich und hat eine bemerkenswerte Wirkung bei Akne indurata. Bei sehr blutarmen Leuten sollte man Eisen mit einem Abführmittel geben. Er benutzt folgendes:

Ferrum sulfuric.	gran 2
Acid. sulfuric. dil.	m 5
Magnesiaesulfuric.	
Natrium sulfuric. āā	gran 20
Aq. Menthae pip.	31

H. Leslie Roberts-London.

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

Progressive Ernährungsstörungen.

Zur Kasuistik und Histogenese der Lymphosarkome, von RICHARD KUTZNER. Dissertation. Greifswald 1889. Die Abhandlung bringt einen interessanten Fall von allgemeiner Lymphosarkomatose. Ein 20jähriger Knecht aus gesunder Familie bemerkte ein halbes Jahr vor Aufnahme in die Greifswalder Klinik in der rechten Leistengegend einen allmählich wachsenden Knoten. Bald bildeten sich auch an Brust, Bauch und Hinterkopf ähnliche Knoten aus. Vor 6 Wochen Lähmung des rechten N. facialis und unerträglicher Stirnkopfschmerz. Verfall des Organismus. Aufnahme in die Klinik am 31. Dezember 1888. Aufser den schon erwähnten Knoten fand sich eine scheinbar von den rechten unteren Rippenknorpeln ausgehende, desgleichen im Leib eine derbe, etwa faustgrofse Geschwulst, die beide mit der Haut nicht zusammenhingen. Sämtliche Tumoren schmerzlos. — Tod unter zunehmendem Verfall am 26. Januar 1889. — Die wichtigsten Sektionsergebnisse waren: Dicht über der prall gefüllten Blase ein nahezu faustgrofses, dem Mesenterium angehörendes Sarkom; an der Flexura Coli sin. sitzt ein ähnlicher, nur bedeutend gröfserer Knoten gleichfalls im Mesenterium. Auch an den Appendices epiploicae des Magens und an der Serosa des Dünndarms zahlreiche Knoten. — An der dritten Frontalwindung rechts ein kugeliger Tumor, den Verf. wohl mit Recht für die während des Lebens bestehenden Kopfschmerzen verantwortlich macht. Im Verlauf des N. facialis nichts Abnormes. — Nach KUTZNERS Ansicht ist der ursprüngliche Sitz des Leidens in den epigastrischen Lymphdrüsen zu suchen.

Von den schon bei Lebzeiten des Patienten aus einem oberflächlichen Hautknoten entfernten Teilen wurde ein Stückchen einer sorgfältigen bakteriologischen Prüfung unterworfen — aber mit völlig ausbleibendem Befund. — Ein anderes Stückchen Gewebe wurde auf seine histologischen Eigenschaften hin geprüft und namentlich wurde die Übergangszone zur gesunden Haut eingehend untersucht. Verf. hat dabei den Eindruck gewonnen, „dafs das Fortwuchern und das Wachstum der Lymphosarkome nicht nach dem von VIRCHOW angegebenen Schema verläuft, sondern dafs es vielmehr Sarkomzellen selbst sind, welche in die Nachbarschaft einwandern, sich dort durch eigenartige Teilung vermehren, und, wenigstens in der Hauptsache, den Aufbau des Knotens liefern.“ *Türkheim-Hamburg.*

Mifsbildungen.

Die Behandlungsmethoden von Trichiasis und Entropium, von CARL HELLNER. Jena 1889. Eine fleifsige Arbeit, in welcher uns Verf. eine ausführliche Zusammenstellung der Behandlungsmethoden der Trichiasis und des Entropium von den Anfängen der Heilkunde bis auf die neueste Zeit bringt.

Türkheim-Hamburg.

Lithiasis, herbeigeführt durch ein Dermoid der Blase, von Dr. HUGO FELEKI. (*Gyógyászat.* 1889. No. 44.) F. stellte in der Gesellschaft der Ärzte in Budapest eine 57jährige Frau vor, an welcher er nach Konstatierung von Lithiasis vesicae vor einem Jahre die Steinzertrümmerung mit nachfolgender Litholapaxie vornahm. Patientin gab damals an, dafs sie seit 8 Jahren an Harnbeschwerden leide, und dafs seit dieser Zeit beim Urinieren hier und da, im letzten Jahre aber

sehr häufig, ein Steinchen abgehe, so dafs sie in den verflossenen 2 Jahren, trotzdem ziemlich viel Steine abhanden kamen, eine Schachtel voll sammeln konnte. Diesem Umstande wurde erst dann besondere Aufmerksamkeit geschenkt, als F. im 12½ g schweren Gebröckel 3—4, und noch mehr, .miteinander zusammenhängende, die ursprüngliche Form des Steines noch rudimentär zeigende Stücke fand, deren Zusammenhang durch ein, die Mitte als Axe durchziehendes, 3—4 cm langes, blondes Haar vermittelt wird, so dafs das Concrement zumindest 200 kleinen Steinen entspricht, deren Kern durch je ein Haar gebildet wird. Nach diesem auffälligen Befunde wurden die während 2 Jahre spontan evacuierten 50 Steine gereinigt, und wurde auch in jedem derselben ein Haar angetroffen. Sämtliche melonenkern- bis mandelgrofsen Phosphatsteine hatten glatte Oberfläche, und manche derselben boten ein geschichtetes Aussehen.

8 Tage nach vollzogener Operation genafs die Patientin, doch 3 Monate nachher rezidivierte der Zustand; es begannen wieder Steine abzugehen, und nun kann F. nebst der wieder an Blasensteinen leidenden Frau, die seit der Operation abgegangenen 30, je ein Haar enthaltenden Steine vorstellen.

F. wirft nun die Frage auf, wie die Haare in die Blase gelangten, und stellt drei Möglichkeiten auf. 1. Dieselben gelangten von aufsen in die Blase. 2. Sie bildeten sich in den Harnwegen, und 3. sie gelangten durch Durchbruch irgend einer nachbarlichen Dermoidcyste und Kommunikation mit der Blase dorthin. Die erste Möglichkeit läfst sich ausschliefsen. Die Haare erwiesen sich bei mikroskopischer Untersuchung als Menschenhaare, und eine grofse Anzahl von ihnen sowohl im Urin (Pilimictio), als auch in einzelnen Steinen war mikroskopisch dünn. Vor F. hatte Patientin niemand ein Instrument in die Blase geführt. Trotzdem man bei Patientin weder durch Abgang von Cystenbestandteilen, noch durch Untersuchung des Bauches auf die zweite Möglichkeit schliefsen kann, so ist dieselbe laut Beschreibung einiger ähnlichen Fälle doch nicht unwahrscheinlich. Klebs spricht in seinem jüngsten Werke von offenen Dermoiden der Blase, und wurde diese Anomalie als Grundlage des besprochenen Krankheitsfalles am meisten entsprechen. F. will, wie sich der Zustand der sehr herabgekommenen und äufserst empfindlichen Patientin bessert, die aus diesem Grunde nicht durchführbar gewesene cystoskopische Untersuchung bei Chloroformnarkose vornehmen, und das weitere Vorgehen von diesem Befunde abhängig machen. *Róna-Budapest.*

Verschiedenes.

Experimentelle und histologische Untersuchungen über die Regeneration der weiblichen Mammilla, von Dietrich Stuckmann. Inaug.-Dissert. Bonn 1889. Verf. beschränkt sich auf Untersuchungen über die Regeneration der Brustwarze, da solche, die Brustdrüse betreffenden Untersuchungen bereits von Coen ausgeführt sind. Als Material benutzte Verf. ausschliefslich Kaninchen. Den betreffenden Tieren wurden die Kuppen ihrer Brustwarzen gleichzeitig weggeschnitten, dann wurde nach 24 Stunden die erste Brustwarze exstirpiert, nach weiteren 24 Stunden die zweite und so fort. Die exstirpierten Stücke wurden nach geeigneter Behandlung mit mikrotomiert und mikroskopisch untersucht. S. gelangt dabei zu folgenden Schlufssätzen: Die ersten Regenerationserscheinungen beginnen am Deckepithel. Gleichzeitig beginnt auch ein Höhenwachstum der Mammilla. Die neugebildeten Kanäle vereinigen sich

entweder mit einem bereits nach außen mündenden Kanal unterhalb des Epithels, oder sie durchbrechen das Epithel direkt, wobei sie nicht selten mit einem regelmäßigen, dem Deckepithel unmittelbar aufsitzenden, Cylinderepithel ausgekleidet sind.

Türkheim-Hamburg.

Über das Vorkommen von Quecksilber in den Bandwürmern eines mit Quecksilber behandelten Syphilitikers, von Dr. Ludw. Oelkers. (*Centralbl. f. Bakteriologie.* 1890. Nov. 7.) Einem auf der medizinischen Klinik zu Göttingen befindlichen Syphilitiker, welcher daselbst eine Schmierkur durchmachte, gingen von Zeit zu Zeit Bandwurmglieder ab, welche durch ihre graue Farbe auffielen. Die mikroskopische Untersuchung ergab Hg-gehalt des Vas deferens, in einzelnen der Vasa efferentia und der Hodenbläschen. Die Vagina erschien als ein schwarzes Hg-rohr. Auch in Parenchymschichten der Glieder waren überall kleine Quecksilberpartikelchen sichtbar. Zum Schlusse macht Verf. darauf aufmerksam, daß die relativ großen Mengen Quecksilber, welche von den Bandwürmern aufgenommen wurden, die Lebensfunktion der Tiere anscheinend nicht zu stören vermochten.

Leistikow-Hamburg.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Ernest Besnier. Pathogénie des érythèmes. *Annales de Dermat. et de Syph.* Serie 3. Tome I. Jan. 1890.

Prof. Dr. Heller. Verhütung der Tuberkulose. *D. Vierteljahresschr. f. öffentl. Gesundheitspflege.* Bd. XXII. Heft 7.

R. W. Taylor. Primary melano-sarcoma of the vulva. *New York medic. Journal* July 1889.

— Chronic inflammation, infiltration and ulceration of the external genitals of women. *New York med. Journal.* Jan. 1890.

Gärtner und Ehrmann. Über das elektrische Sublimatbad. *Wien. klin. Wochenschr.* 1890.

Elsenberg. Syphilis und Tuberkulose. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 6.

Dockrell. Hydronaphthol as a specific in the treatment of Tinea Tonsurans. *Lancet.* Novbr. 1889.

Diday. Le traitement de la Syphilis et les doctrines microbiennes. *La Pratique des maladies vénériennes.* Paris 1890.

Finger. Bemerkungen über das Regurgitieren des Eiters aus der Pars posterior urethrae in die Blase. *Wien. med. Wochenschr.* 1889. No. 43.

— Über latenten chronischen Tripper beim Manne. *Wien. med. Wochenschr.* 1890. No. 4—7.

Löffler. Der gegenwärtige Stand der Frage nach der Entstehung der Diphtherie. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. 5 u. 6.

John T. Bowen (Boston). The epitrichial Layer of the human Epidermis. *Anatom. Anzeiger.* 1889. No. 13 u. 14.

Prof. R. Kobert. Über ein neues Fiebermittel. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 2.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. №. 10. 15. Mai 1890.

Oleum physeteris s. chaenoceti.

(Entenwalöl, Döglingöl, Bottlenose oil, l'huile de l'Hyperoodon.)

Von

Prof. Dr. GUSTAV GULDBERG
in Christiania.

Als ich vor Jahren auf Reisen in den arktischen Gegenden Norwegens (Finmarken) war (1881—83), wurde meine Aufmerksamkeit mehrmals auf die günstige Wirkung des Walfischöls auf die menschliche Haut gelenkt, indem ich während meiner biologischen Studien der Walfische oft beobachten konnte, wie die Arbeitsleute, die mit dem Zerschneiden der halb verfaulten riesigen Walfischkadaver beschäftigt waren, nie an lokalen Inflammationen litten, trotzdem die Hände oft verwundet wurden. Auf mich selbst konnte ich auch mehrmals die günstige Wirkung des frischen Walfischöls auf meine oft mit zahlreichen Wunden bedeckten Hände erfahren, welche ich durch die schwierigen anatomischen Arbeiten bekommen hatte. — Später wurde auf meine Veranlassung das Oleum Balaenae von Herrn Stadtphysikus BIDENKAP in Christiania untersucht und sehr gut gefunden; doch hatte man grofse Schwierigkeiten, ein gut gereinigtes Öl zu bekommen.

Bald nachher (1884—85) hatte Herr J. SELL in Christiania die Güte, mich auf das Entenwalöl aufmerksam zu machen, welches er schon lange zu raffinieren versucht hatte. Wir fanden auch, das dieses Öl sich sehr gut für gewisse medizinische Zwecke eignete und zwar wegen seiner grofsen Penetrationsfähigkeit. Im vorigen Herbste hatte Herr J. SELL eine so schöne Ware darstellen können, dafs ich mich dazu entschlofs, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf dieses Präparat zu lenken.[1]

Das Döglingöl oder Entenwalöl (fälschlich: oleum chenodelphini oder l'huile de rorqval rostré genannt, cfr. R. BENEDIKT, *Analyse*

[1] Am 9. Oktbr. 1889 hielt ich darüber einen Vortrag in der medizinischen Gesellschaft in Christiania. Cfr. *Norsk Magazin for Laegevidenskab* 1889—90, und *Tidsskrift for praktisk Medizin*, 1889.

des Fettes, 1886, pag. 243), wird aus dem Specke des Entenwals Hyperoodon diodon, Lacepède, gewonnen. Dieser Walfisch hat eine Unzahl von Synonymen, von denen wir nur die wichtigsten anführen wollen: Delphinus diodon, Hunter; Hyperoodon rostratum, Chemnitz; H. latifrons, Gray; Chaenocetus rostratus, Eschricht; Balaena rostrata, Pontoppidon u. s. w. Er gehört der Familie Physeteridae an (Ziphoides, P. J. Van Beneden) und bildet mit dem grofsen Pottwale (Physeter macrocephalus L.) und einigen selten auftretenden Ziphiusarten eine wohlbegrenzte Gruppe zwischen den Bartenwalen und den eigentlichen Zahnwalen, indem sie die zurückgebliebenen Reste einer in der Tertiärzeit zahlreichen Cetaceenfamilie repräsentieren. Der Entenwal hat eine Länge von 20—30 Fufs und tritt im nördlichen atlantischen Ozean und im Eismeer und sonst mehr zerstreut auf.

In Bezug auf den Namen des Öls ist zu bemerken, dafs die Bezeichnung Oleum physéteris eigentlich der ganzen Familie zukommt, während Oleum chaenoceti sich auf die spezielle Art Hyperoodon diodon bezieht. Jedenfalls mufs man dieses Öl bestimmt von anderen tierischen Ölen unterscheiden und auch speziell von anderen Fetten der Waltiere. Das Oleum balaenae aus den Bartenwalen, sowie das Oleum delphini, Oleum phocaenae unterscheidet sich in mehreren wichtigen Beziehungen von dem hier besprochenen Öl; nur Oleum ceti, das echte Spermacetenöl aus dem Physeter macrocephalus, ähnelt dem Entenwalöl so sehr, dafs ich dadurch veranlafst wurde, den Namen Oleum Physeteris zu brauchen.

Weitere Betrachtungen veranlassen mich, der Ansicht des Herrn Etatsraad J. Steenstrup[2] in Kopenhagen zuzustimmen, welcher dieses Döglingöl als etwas besonderes betrachtet. Denn die Eigenschaften dieses Öls waren schon den alten nordischen Wikingern und Isländern bekannt, die doch ziemlich gut die Produkte der verschiedenen Walfischarten kannten. Der Name Oleum chaenoceti — Döglingöl — Entenwalöl — ist daher anderen Benennungen vorzuziehen.

Die Haut des Entenwals. Eine eingehende Untersuchung der Haut des Hyperoodon wurde erst von M. Weber[3] gegeben und neuerdings von W. Kükenthal,[4] welchen letzteren ich hier meistens zitiere. Selbst habe ich Kükenthals Untersuchungen über den Bau des Speckes bestätigen können. „Die Grenze zwischen der Haut und dem darunter

---

[2] Herr Etatsraad Japetus Steenstrup, Prof. emerit., hat mir die Güte gezeigt, auf meine Aufforderung schriftlich seine Ansichten darüber zu geben.

[3] M. Weber *Studien über Säugetiere.* Ein Beitrag zur Frage nach dem Ursprung der Cetaceen. Jena 1886.

[4] W. Kükenthal. *Vergleich. anat. und Entwickelungsgesch. Untersuchungen an Waltieren.* I. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1889.

liegenden subkutanen Bindegewebe ist nicht sicher zu bestimmen, da ein eigentliches, scharf abgegrenztes Korium fehlt. Indem die bindegewebigen Stränge, welche das subkutane Gewebe durchziehen, in den langgestreckten Papillen sich mehren, zugleich aber auch eine Abnahme des Fettgehaltes wahrzunehmen ist, dürfte am richtigsten sein, den Papillarkörper sowie eine ganz schmale Zone direkt unter der Epidermis liegender, horizontal verlaufender Bindegewebsstränge als Korium, das darunter liegende Gewebe als subkutanes Bindegewebe zu bezeichnen. — Die Epidermis ist an den meisten Stellen des Rumpfes 12.7 mm dick. und zwar fallen auf das Rete Malpighii 12 mm, auf das Stratum corium 0,8 mm. Die längsten Cutispapillen erreichen eine Höhe von 8 mm, zum Teil verlaufen sie unverästelt, zum Teil geben sie kleine Seitenzweige ab, mitunter erscheinen sie von Beginn an gegabelt". Obgleich ich die Epidermis nicht so dick (12 mm) gefunden habe wie Dr. KÜKENTHAL, kann ich nichts dagegen einwenden, weil er zahlreiche Untersuchungen an frischem Material gemacht hat. Die Farbe des Bauches ist glänzend hellgrau, erscheint die Rückenhaut dunkel, braunschwarz mit einem Stich ins bläuliche. Die Speckschicht ist in der Rachenregion fast $^1/_2$ Fuſs dick und an anderen Körperstellen etwa noch handbreit. „Ihr Bau ist sehr einfach, indem wellenförmig verlaufende, retikulär verflochtene Bindegewebszüge groſse Maschenräume von Fettzellen einschlieſsen. Ziemlich vereinzelt ziehen Blutgefäſse hindurch, noch seltener findet man Nervenfasern. Doch vermochte ich dieselben einigemal mit Sicherheit nachweisen und bis in den Papillarkörper hinein verfolgen"... (KÜKENTHAL).

Der Dögling teilt die Eigenschaft der übrigen Cetacen, daſs die Haut nie naſs ist; das Wasser gleitet ab in Perlen. Streicht man die Hand der Hautoberfläche entlang, wird sie doch nicht fettig. Da nun die Waltiere weder Fettdrüsen noch Knäueldrüsen besitzen, hat man an eine fettige Impregnation der Epidermis gedacht. Ob das so ist, kann ich nicht beantworten.

Die chemischen und physikalischen Eigenschaften des Döglingöls. Oben habe ich von der groſsen Ähnlichkeit des Oleum chaenoceti und des wahren Spermacetöls, Oleum ceti gesprochen. Folgende Analyse ist nach Mr. A. H. ALLEN in Scheffield:

	Döglingöl	Spermacetöl
Specifisches Gewicht bei 15,5° C.	0,8763	0,8778.
Entflammungstemperatur	264° C.	260° C.
Viscosität	141 Sekunden	137 Sekunden
Spermyl Alkohol[5]	39,76 %	40,50 %
Spec. Gewicht d. Spermyl Alkohols	0,8363	0,8307.

[5] Der Teil des Öls, der nicht verseift werden kann.

Diese Analyse zeigt die große Ähnlichkeit in chemischer Beziehung; doch unterscheiden sie sich voneinander in physikalischer Beziehung.

Das spezifische Gewicht des Döglingöls ist verschieden von den meisten anderen in der Medizin angewandten fettigen Ölen:

Oleum olivarum	sp. Gew.	0,914—0,919	bei 15° C.
Oleum Balaenae	„ „	0,975	„ „
Oleum jecoris aselli	„ „	0,923—0,930	„ „

Das Oleum balaenae ist reich an Stearin und läßt sich leicht verseifen.

Von den Fettsäuren enthält das Oleum chaenoceti die Ölsäure ($C_{18}H_{34}O_2$) und die Physetölsäure ($C_{16}H_{30}O_2$). Man hat auch gemeint, daß es eine eigentümliche Säure, die Döglingsäure ($C_{19}H_{36}O_2$), enthielt, deren Existenz jedoch noch zweifelhaft ist.

Herr J. Sell, dessen Bestrebungen man verdankt, daß das Döglingöl jetzt ziemlich rein zu erhalten ist, hat mir folgende Mitteilungen gemacht. Das specifische Gewicht bei 15° C. ist 0,880. Bei 5° C. wird das Öl dickflüssig und enthält daher feste Säuren. Die Farbe ist blaßgelb und der Geruch erinnert etwas an medizinellen Thran; das Öl und die alkoholischeLösung desselben reagiert äußerst wenig sauer. 100 Teile kochenden Alkohols von spezifischen Gewicht 0,812 lösen 40 Teile des Öles auf; die Lösung wird bei 50° C. trübe. Bei + 3° C. und bei — 3° C. scheidet sich palmitinsaurer Cetyläter aus. Nach dem Ausscheiden des Spermacets löst 100 Teile Alkohol 100 Teile des Öles auf; die Lösung reagiert sauer, wird aber bei Wasserzusatz neutral. Außer dem Spermacet enthält das Döglingöl mehrere andere Glyceride und Äterarten der höheren Fettalkohole, welche nicht näher bestimmt sind. Es darf bemerkt werden, daß das Öl sich wenig verseifen läßt. Von Sauerstoff enthält das Öl etwas weniger als die übrigen Thrane. Herr J. Sell fand nach einer vorläufigen Analyse folgende Zusammensetzung: Kohlenstoff 76,75 %, Wasserstoff 15,42 %, Sauerstoff 7,83 %. Von Cetaceum enthält das Öl 1—3 %.

Um die Penetrationsfähigkeit des Öles zu prüfen, habe ich folgenden einfachen Versuch gemacht, indem ich die Penetrationsfähigkeit des Döglingöls mit der des Olivenöls verglichen, und zwar auf folgende Weise: Ein Glascylinder — ca. 5 cm in Diameter und offen an beiden Enden — wurde an dem einen Ende, wo der Rand flach ausgebreitet war, mit menschlicher Haut fest verbunden; die Epidermis der Haut war gegen das Lumen des Cylinders gerichtet. Aus der Haut war alles Fett durch Alkohol- und Äterbehandlung extrahiert, und vor dem Anbinden war sie mit Salzwasser feucht gemacht. Der Cylinder wurde dann auf eine Schale mit feuchtem Löschpapier gestellt, das die Korium-

fläche des aufgebundenen Hautstückes auf dem feuchten Löschpapier lag. Danach wurde in den Cylinder Olivenöl eingegossen, bis 10 cm Höhe über der Epidermisfläche. Nach 24 Stunden war noch kein Öl durch die Haut gedrungen. Der Cylinder wurde dann geleert und mit Alkohol und Äter gespült und trocken gemacht. Danach wurde dieselbe Menge Döglingöl eingegossen. Nach 8 Stunden waren schon große Fettflecke an dem Löschpapier zu sehen, und nach 24 Stunden war die Ölsäule im Cylinder ca. 3 mm gesunken, indem die Haut und das Löschpapier mit Fett imprägniert waren. Derselbe Versuch wurde auch mit frischer Kalbshaut wiederholt; diese Haut war 3 mal dicker als die menschliche. Von dem Olivenöl drang nichts durch, während nach 2—3 Tagen nach Behandlung mit Döglingöl sich Fettflecke auf dem Löschpapier zeigten.

Dieser ganz einfache Versuch zeigt jedenfalls, daß das Döglingöl viel größere Penetrationsfähigkeit hat als das Olivenöl, und zwar die Fähigkeit besitzt, durch die Epidermis zu gehen. — Praktisch kann man sich leicht überzeugen, wie schnell das Döglingöl durch die Haut geht, wenn man etwas Öl zwischen den Händen oder auf jedwelcher Hautstelle reibt.

Historische Bemerkungen. Es ist ganz interessant, daß in den nordischen Ländern schon vor mehreren hundert Jahren einige Eigentümlichkeiten dieses Öles bekannt waren. So wird im bekannten nordischen *„Speculum regale“*[6] (um das Jahr 1250) auch vom Döglingöl gesprochen, als eine von den übrigen Thransorten verschiedene: „Und sind diese Walfische (Andhvalur s. Entenwale) für Menschen nicht eßbar; denn das Fettige, das aus denselben geschmolzen wird, können weder die Menschen, noch andere Tiere, die davon essen, bei sich verdauen; denn es rinnt überall durch den Mensch und ebenso durch Holz, ja es hält sich sogar nicht gut genug in Horn, wenn es darin eine Zeit stehen bleibt.“ Ähnliche Eigenschaften legten auch die Faeröinger (Bewohner der Faeröinseln) dem Döglingöl bei. Bei Lucas Jacobson Debes in seiner Schrift *Faeroae et Faeroa reserata,* Kopenhagen 1673 steht so geschrieben: „Denn wenn sie (die Menschen) etwas davon (dem Döglingspeck) essen, dringt es durch die Schweißlöcher, sodaß die Kleider gelb werden und darnach riechen. Denn der Thran ist in sich selbst so subtil, daß ein sehr gutes und dichtes Holz dazu gehört, um ihn zu bewahren.“ In Olafsens und Povelsens *Reise durch Island* Sorö 1772, wird auch von der großen Penetrationsfähigkeit dieses Öls gesprochen. In Island wird

---

[6] *Der „Königsspiegel“ Speculum regale* ist eine alte Schrift vom zwölften oder dreizehnten Jahrhundert, die man lange in Island geschrieben glaubte; nach den Untersuchungen des Herrn Prof. Dr. G. Storm in Christiania ist diese alte interessante Schrift in Norwegen, und zwar im jetzigen Helgoland im Jahre 1250 geschrieben worden.

es auch als ein schmerzstillendes Mittel gebraucht, namentlich bei verschiedenen Inflammationen. Kapt. HOLBÖLL berichtet an Herrn Prof. ESCHRICHT in Kopenhagen, daſs der Speck sehr purgierend wirkt, aber daſs die Grönländer ihn sehr wohlschmeckend (!) finden. Auch bei mehreren anderen nördlichen Autoren von älteren Zeiten findet man verschiedenes über das Döglingöl und Döglingspeck.

Praktische Anwendung. Aus der obigen kurzen Darstellung ersieht man, daſs das Döglingöl — Oleum chaenoceti — ein geringeres spezifisches Gewicht als die wichtigsten anderen tierischen Öle hat, und daſs es sehr leicht flieſsend und penetrationsfähig ist. Es liegt daher sehr nahe zu schlieſsen, daſs dieses Öl sich dazu wohl eignen kann, wenn man die Haut schneller Weise fettig, flexibel und tensionsfähig zu machen wünscht, und wo man mit dem fettigen Vehikel auch verschiedene Medikamente durch die Haut einzuführen beabsichtigt. Wahrscheinlicherweise werden die Medikamente leichter einen Weg durch die Hautporen finden können, wenn sie mit einem penetrierenden Vehikel vermengt sind, als wenn das fettige Vehikel nur auf der Haut liegen bleibt oder schwer durchdringen kann; jedenfalls fordert dieser letztere Fall mehr mechanische Reibung. Infolge dieser Betrachtungen und nach einigen persönlichen Erfahrungen habe ich es gewagt, dieses Öl den Herren Kollegen zu empfehlen.

Mein erfahrener Kollege Herr C. BOECK, Oberarzt an der Hautkrankenabteilung des Reichshospitals in Christiania, hat die Güte gehabt, mehrere Monate lang dieses Öl anzuwenden; er wird möglicherweise später seine Erfahrungen darüber veröffentlichen. In mehreren Verbindungen findet er das Ol sehr empfehlenswert.

Folgende Verbindungen sind am meisten zu empfehlen.

1. Oleum chaenoceti mit Chloroform $\overline{aa}$ ist jeder anderen Chloroformvermengung mit Ölen vorzuziehen. Es dringt in sehr schneller Weise durch die Haut und wirkt auf die Nervenendigungen.

2.

Acidi carbolici	2,00— 5,00
Olei chaenoceti	98,00—95,00

Sonst kann das Öl mit Salicylsäure und in Linimenten angewandt werden.

Unguentum chaenoceti s. Ungu. physeteris:

Olei chaenoceti s. physeteris	80,00
Cerae japonicae s. albae	20,00

ist eine sehr anwendbare Salbenbasis.

1. Ungv. hydrargyri physeteris s. Ungv. hydrarg. chaenoceti:

Hydrargyri	20,00
Ungv chaenoceti	80,00

bildet eine vorzügliche Salbe, besser in vielen Beziehungen als die gewöhnlichen mit Talg und Fett u. s. w.

2. Ungv. diachylon physeteris s. chaenoceti.

Emplastr. oxydi plumbici		
Olei physeteris	ā 50,00	
		(C. Boeck).

3.

Acidi salicylici	6,00	
Sulph. praecip.	50,00	
Sapon virid.	10,00	
Ungv. physeteris s. chaenoceti	110,00	
		(C. Boeck).

4.

Naftol β.	20,00	
Sulph. praecip.	40,00	
Sapon. virid.	40,00	
Ungv. physeteris s. chaenoceti	100,00	
		(C. Boeck).

5.

Aristol	1,00	
Ungv. chaenoceti	10,00	
		(C. Boeck).

6.

Jodoformii	10,00
Ungv. chaenoceti	90,00

Auch mit Jod als Jodsalbe läſst Ungv. physeteris sich anwenden, und habe ich eine sehr energische Wirkung gesehen. — Über seine Resorption im Darm habe ich keine Erfahrungen.

Schlieſslich darf noch bemerkt werden, daſs dieses Öl 40% billiger als Olivenöl geliefert werden kann[7], und in mancher Beziehung kann wohl ein billiges, penetrationsfähiges, tierisches Öl anwendbarer und rationeller sein, als verschiedene kostspielige andere Öle. Jedenfalls dürfte es verdienen, allgemein versucht zu werden.

Christiania, den 11. April 1890.

---

[7] Man bezieht dieses für medizinische Zwecke gebräuchliche Öl allein durch Herrn J. Sell in Christiania. Gewöhnliches Döglingöl stinkt ganz abscheulich.

Aus der Klinik und dem Laboratorium von Dr. P. G. UNNA in Hamburg.

Über die Parakeratosen im allgemeinen und eine neue Form derselben (Parakeratosis variegata).

Von

Dr. UNNA,

in Gemeinschaft mit

Dr. SANTI (Bern) und Dr. POLLITZER (New-York).

(Schluſs.)

Wenn aber nun die Psoriasis ebenso, wenn auch in minderem Grade, entzündlicher Natur ist, wie gewisse trockene Ekzeme, wo hört dann der Begriff des (trockenen und feuchten) Ekzems auf und wo fängt der der Parakeratosen an? Damit berühren wir die zweite Prinzipienfrage, die nach der Abgrenzung der Parakeratosen gegen die Ekzeme. Hierbei kommt alles auf unsere Definition des Ekzems an. Solange man noch der F. HEBRAschen Anschauung huldigt, daſs durch ganz banale, vielfältig verschiedene Reizungen wahre Ekzeme erzeugt werden können, daſs jede Hautentzündung, welche sich flächenhaft ausbreitet, mit Jucken, Bläschenbildung, Abwerfen der Hornschicht und Schuppen einhergeht, bereits ein Ekzem sei, solange ist allerdings die Abgrenzung der „Ekzeme" von den Parakeratosen sehr leicht. Man braucht sich nur an den traumatischen[16] Charakter aller „Ekzeme" zu halten, welcher den Parakeratosen ja gewiſs nicht zukommt. Denn wenn es KÖBNER auch gelang, bei Psoriatischen neue Eruptionen traumatisch zu erzeugen, so hat doch noch niemand die erste Entstehung der Psoriasis, der Pityriasis rubra, lediglich auf Traumata zurückgeführt. Im Gegensatze zu allen seinen Vorgängern und zu einer groſsen Anzahl noch lebender ausländischer Dermatologen (z. B. HARDY, BULKLEY) hat F. HEBRA versucht, allen Konstitutionalismus vom Begriff des Ekzems abzustreifen. Die Behauptung, daſs die durch Medikamente, Hitze etc. erzeugten Hyperämien mit Ödem, Bläscheneruptionen etc. dasselbe „Ekzem" sei, welches uns spontan als „nässende Flechte" entgegentritt, war seine schärfste Waffe im Kampfe mit den dyskrasischen Theorien des Ekzems. Wenn F. HEBRA recht katte, daſs so vielfältige und ihrer Natur nach ganz verschiedene Reize,

[16] Trauma im weitesten, auch chemischen Sinne gedacht.

welche sich nur darin glichen, daſs sie von auſsen an die Haut herantraten, immer ein und dasselbe, gleichartig ablaufende Ekzem erzeugten, so konnte die Entität des „Ekzems“ nur noch in der gleichartigen Reaktionsfähigkeit der Haut gesucht werden. Und wenn doch zugestandenermaſsen eine groſse Reihe von Hautentzündungen mit den ausgesprochensten entzündlichen Erscheinungen bestanden, welche keinen Ekzemcharakter besaſsen (Erysipel, Phlegmone, Furunkel, Sykosis), so war offenbar auch wiederum das Ekzem nicht „die Hautentzündung *κατ ἐξοχὴν*“, sondern nur eine ganz bestimmte Form derselben, also eine bestimmte Reaktionsart der Haut auf viele verschiedene äuſsere Reize. Dieses ist der wahre Sinn des Ekzems, wie ihn die Wiener Schule, auch AUSPITZ[17], seither aufrecht erhalten hat; er involviert aber doch eine sehr gewagte, schwierige Interpretation, wenn auch der von SCHMIDT zweckmäſsig gewählte Begriff: Katarrh der Haut, diesen eigentümlichen Reaktionsmodus einigermaſsen illustrieren half.

Ich stand vor 7 Jahren[18] auch noch auf dem Standpunkte, das artificielle Ekzem für den reinen Typus desselben zu halten, bin aber seitdem mit zunehmender Erfahrung beständig mehr und mehr davon zurückgekommen. Allerdings fällt es mir nicht ein, eine dem Arthritismus der Franzosen analoge konstitutionelle Erkrankung anzunehmen, deren Manifestation das Ekzem ist. Und ich stehe auch nicht auf dem Standpunkte von BULKLEY, für den das Ekzem eine eigentümliche Erkrankung trophoneurotischer Natur ist. Aber darin gebe ich doch BULKLEY vollkommen recht, daſs das sogenannte artificielle Ekzem von F. HEBRA gar kein Ekzem ist. Genauer gesagt: die künstlich hervorgerufenen Hautentzündungen, so verschieden sie unter sich sind, halten niemals einen Vergleich mit den spontan entstandenen, typischen Ekzemen aus. Ich unterscheide mithin streng artificielle Dermatitiden und Ekzeme, ohne für letztere eine neuropathische Entstehung im allgemeinen zuzulassen. Auch für mich sind die Ekzeme äuſseren Ursprungs, wie für HEBRA sen., aber nicht einfach traumatischer Art, sondern erzeugt und kompliziert durch die bleibende Existenz von Organismen und Mikroorganismen in der Oberhaut (meist wahrscheinlich pflanzlicher Natur). Auch gibt es für mich nicht, wie für F. HEBRA, nur ein Ekzem oder das Ekzem, sondern eine Reihe, nach verschiedenen Typen ablaufender Ekzeme, deren Klinik, Anatomie, Prognose und Therapie so verschieden sind, wie die verursachenden Organismen.

---

[17] AUSPITZ sagt geradezu: Das artificielle Ekzem ist die typische Form des Ekzems. *System.* pag. 49.

[18] S. Aphorismen über Schwefeltherapie und Schwefelpräparate. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1882.

Als Beispiele mögen gelten:

das skabiöse Ekzem
das seborrhoische Ekzem
das pruriginöse Ekzem
das follikuläre Ekzem
das tuberkulöse Ekzem
etc. etc.

Derjenige Umstand, der offenbar HEBRA sen. veranlafst hat, an die specifische ekzematophore Wirkung äufserer, mechanischer und chemischer Schädlichkeiten zu glauben, und der auch für mich noch eine sichere Entscheidung in dem angedeuteten Sinne lange Zeit nicht zugelassen hat, ist die häufige Entstehung wahrer Ekzeme allerdings nicht in unmittelbarem, aber doch in mittelbarem Anschlufs an traumatische Hautentzündungen. Ein Maurer zieht sich durch die übermäfsige Hantierung mit Kalk und Cement eine leichte Hautentzündung an der Hand zu, und obgleich dieselbe bald zurückgeht, schliefst sich nun an dieselbe eine koncentrisch sich ausdehnende, mehr oder minder trockene oder nässende, papulöse oder vesikulöse, schliefslich keratoide und rhagadiforme Affektion rein lokalen und zugleich infektiösen, d. h. selbständig fortschreitenden Charakters an von jahrelanger Dauer. Von nun an erst leidet das Individuum an der „Maurerkrätze", die stärker auftritt, sobald er arbeitet, und zurückgeht, sobald er zu arbeiten aufhört. Oberflächlich macht es allerdings den Eindruck, als ob die Arbeit allein dem Maurer sein Ekzem brächte, aber eine Untersuchung in den freien Intervallen zeigt, dafs derselbe sein Ekzem in schwächerem Grade stets an den Händen hat, und die weitere Untersuchung ergibt einen sonstigen ekzematösen Status und eventuell eine ekzematöse Vorgeschichte: z. B. eine Pityriasis capitis, Alopecia pityrodes, zerstreute intertriginöse Ekzeme, Ekzema seborrhoicum sterni, die alle bisher ein unbeachtetes, latentes Dasein gefristet hatten. Wie leicht wird hier die traumatische Dermatitis mit dem sich anschliefsenden chronischen Ekzem identifiziert und jene Gelegenheitsursache als wahre Ekzemursache betrachtet. Erst seit ich die sogenannten Gewerbeekzeme regelmäfsig als das Produkt zweier Faktoren, einer bereits bestehenden (organischen) Ekzemursache und einer auslösenden (chemischen oder mechanischen) Schädlichkeit habe erkennen lernen, seitdem bin ich grundsätzlich zu der Negation BULKLEYs gekommen: die artificielle Dermatitis ist kein Ekzem, wobei mir allerdings ganz andere wahre Ekzemursachen vorschweben, wie BULKLEY.

Man sieht nun sofort, dafs ich es von meinem Standpunkte aus nicht mehr so leicht habe, eine scharfe Grenze zwischen den Ekzemen und den Parakeratosen zu ziehen. Aber das darf mich nicht abhalten, nach einer

solchen zu suchen. Nachdem ich alle durch einfache chemische und physikalische Einflüsse entstandenen Dermatitiden vom Begriff des Ekzems losgelöst habe, fallen die übrigbleibenden (infektiösen) Ekzemarten mit den ebenfalls infektiösen Parakeratosen unter einen gemeinschaftlichen höheren Begriff, den der Hautkatarrhe. Es gibt offenbar eine sehr große Klasse von oberflächlichen Hautentzündungen, welche wir nur zum kleineren Teile bereits kennen, die sämtlich durch in der Oberhaut schmarotzende Organismen erzeugt werden. Dieser letztere Umstand allein bewirkt schon an und für sich die Verhornungsanomalien, die Schuppenbildung und den abnormen Abschuppungsmodus. Er erklärt sodann in einfachster Weise die wesentliche Eigenschaft sämtlicher „Hautkatarrhe", zunächst nur die oberflächlichste Schicht der Cutis entzündlich zu verändern; nur solche Organismen führen zu „Hautkatarrhen", deren Stoffwechsel für die Haut schädliche Stoffe erzeugt, denn nur diese letzteren dringen von der Oberhaut her zu den Gefäßen des Papillarkörpers. Er erklärt drittens — bei den zahlreich sich vermehrenden Mikroorganismen wenigstens — die flächenhafte, koncentrische Ausbreitung von einzelnen Punkten aus, die allen infektiösen Katarrhen eigentümlich ist. Er harmoniert viertens endlich mit der wesentlichen Eigenschaft aller Hautkatarrhe, gewisse Regionen der Haut zu bevorzugen und andere zu meiden, während die infektiösen, flächenhaften Erkrankungen der Cutis und des Hypoderms (Erysipel, Phlegmone) unterschiedlos die verschiedensten Regionen der Haut nacheinander gleichmäßig invadieren; die Oberhaut ist eben ein viel ungleichmäßigerer Nährboden. —

Während in diesen Haupteigenschaften alle „infektiösen Hautkatarrhe" — ich nenne als Prototypen das skabiöse Ekzem und die Trichyphytia corporis — übereinstimmen, zeigen sie die wesentlichsten Differenzen in der Stärke der entzündlichen Reaktion der Cutis. Dieselbe schwankt innerhalb der ganzen Reihe von einfacher, entzündlicher Hyperämie bis zu stärkster seröser Exsudation. Hiernach also ist es nicht schwierig, zwei große Gruppen zu unterscheiden: die trockenen und die feuchten Katarrhe. Die Glieder der ersten Gruppe nenne ich Parakeratosen, die der zweiten Ekzeme. Selbstverständlich aber sind diese Gruppen nicht scharf geschieden. Bei einzelnen Typen kann es zweifelhaft sein, ob dieselben den trockenen oder feuchten Katarrhen zuzuzählen seien. Gerade den Hauptvorzug dieser Anschauung sehe ich in der nachbarlichen Stellung ekzematöser und psoriatiformer Zustände, weil diese der natürlichen Verwandtschaft der Prozesse entspricht.

Nach den bis heute (1890) vorliegenden Erfahrungen rechne ich zu den so definierten Parakeratosen sicher die folgenden:

Pityriasis capitis und andere
trockene Formen des seborrhoischen Katarrhs

Psoriasis
Pityriasis rubra pilaris DEVERGIE
Ichthyosis[19]
Pityriasis rubra HEBRA
Pityriasis rosea GIBERT
Trichophytia corporis et capitis.

Während des letztjährigen Pariser internationalen dermatologischen Kongresses hatte mein verehrter Kollege E. BESNIER die Freundlichkeit, mir einen merkwürdigen Fall zur Untersuchung und Begutachtung zuzusenden. Es handelte sich um einen Herrn P. von 33 Jahren von blühender Gesundheit, welcher seit 4 Jahren mit einer eigentümlichen Dermatose behaftet war. Dieselbe störte sein Allgemeinbefinden nicht im geringsten, hatte sich aber bisher gegen alle Maſsnahmen vollständig refraktär erwiesen; ja, sie änderte sich nicht einmal dabei in ihrem Aussehen. BESNIER, welcher wegen gewisser klinischer Charaktere dieser papulösen Dermatose anfangs die Diagnose auf eine eigene Art von Lichen planus universalis hatte stellen zu müssen geglaubt, kam infolge des ganz ungewöhnlichen Verlaufes hiervon allmählich zurück und wuſste, trotz seiner immensen Erfahrung, die Krankheit nicht in eine der bisher bekannten Kategorien unterzubringen. Ich fand, wie BESNIER, eine gewiſse Ähnlichkeit mit flachem, diffusem Lichen planus vorhanden, muſste aber auch gestehen, nie etwas ganz Analoges gesehen oder beschrieben gelesen zu haben. Zur weiteren Beobachtung und neuen Kurversuchen kam dieser Herr nach meiner Rückkunft zu mir nach Hamburg in die Klinik.

Die folgende Krankengeschichte und der histologische Befund, welchen Herr Dr. SANTI in meinem Laboratorium erhob, rechtfertigen, denke ich, vollkommen die Sonderstellung dieses Falles.

Fall I. Patient ist 33 Jahre alt, ein robuster Mann ohne Zeichen von Nervosität, ohne konstitutionelle Affektionen.

Als Kind soll die Streckseite seiner beiden Arme etwas rot gewesen sein, aber keine erhabenen und schuppenden Stellen gezeigt haben. Zur Zeit seines Militärdienstes in Südfrankreich, der in seinem 27. Altersjahr und zu einer Zeit groſser Hitze stattfand, bekam er rote Stellen über den Körper, sowie Rhagaden zwischen den Fingern, welche näſsten. Diese Erscheinungen verschwanden sehr rasch und gänzlich. Patient machte eine Gonorrhöe durch. Von seinem 22. bis 28. Lebensjahre bewohnte

[19] Ich meine hier die echte Ichthyosis, welche nie angeboren auftritt, sondern meistens erst im zweiten Lebensjahre. Natürlich sind alle angeborenen Keratosen (Hyperkeratosis intrauterina universalis, Keratoma lineare, Keratoma palmare et plantare hereditarium, viele Fälle sogenannter Ichthyosis hystrix etc.) hiervon ausgeschlossen.

er Paris und ließ sich im Jahre 1885 in Bordeaux nieder. Seit dieser Zeit datiert seine Erkrankung. Zu derselben Zeit forderten seine Geschäfte viel Arbeit. Er machte öfters Reisen und hauptsächlich zur Zeit der Hitze. Patient glaubt, daß das unregelmäßige Leben beim Reisen, die erhitzende Nahrung der Hotels, der übertriebene Genuß von Weinen (Champagner, Bordeaux etc.) sein Leiden verursacht haben, hauptsächlich während seines Aufenthaltes in Paris. 1879—85 will er viele starke Weine und zu reichliche Nahrung genossen haben. Seit 3—4 Jahren lebt Patient sehr mäßig. Nichts Hereditäres nachzuweisen.

Die jetzige Erkrankung trat akut im Jahre 1885 auf und zwar in Form kleinerer und größerer, roter, nicht erhabener und nicht infiltrierter Flecke. Die beiden oberen Extremitäten, die Brust, der Hals, wurden zuerst befallen. Später folgten die Unterextremitäten, der Rücken, die Füße, die äußeren und inneren Flächen der Oberschenkel. Der Unterschenkel blieb lange frei. Nach oben hörte die Affektion an der Hals-Kopfgrenze auf. Nie hat dieses Exanthem Beschwerden irgend welcher Art verursacht, und das Allgemeinbefinden war stets gut. Der Ausschlag verschlimmerte sich zu den Zeiten großer Hitze und großer Kälte. Dabei wird die Haut stärker rot, hauptsächlich bei großer Kälte, und rauh. Die nämlichen Exacerbationen haben Aufregungen zur Folge. Von der Affektion ganz verschont blieben bis dahin Kopf, Handflächen und Fußsohlen. Am Kopf, und zwar an der Stirne, sollen zwei kleinere, affizierte Flecke bestanden haben, die jetzt verschwunden sind. — Patient wurde in Paris unter anderem mit Arsenik, Schwefelbädern und Sublimatbädern behandelt. Letztere bekamen ihm immer am besten. Patient gibt an, daß seine Zunge von Zeit zu Zeit von einer weißlichen Schicht überzogen sei, welche aber jetzt nicht sichtbar ist.

Status. Der größte Teil der Körperoberfläche ist von einer Röte überzogen, welche am Stamme und an den oberen Extremitäten rundliche oder unregelmäßig geformte, pfennig- bis markgroße, seltener thalergroße, gesunde, eingesunkene Hautstellen frei läßt. Über den geröteten Stellen ist die Hornschicht fein lammellös schuppend, die Schuppen ziemlich leicht ablöslich, ihre Ränder von der Unterlage losgelöst, weißlich oder durchscheinend. Die Intensität der Röte ist nach den differenten Regionen verschieden und gewinnt vom oberen Teile des Körpers nach abwärts gehend eine immer dunklere Nüance. Doch auch in ein und derselben Region ist die Röte nicht gleichmäßig. Am unteren Teile des Halses, am Nacken, an der Brust, am Rücken ist die Farbe gelblich, rot oder rosa. In der Bauch- oder Kreuzgegend geht die Farbe immer mehr ins bläulichrote über. Die Glutäalgegend und die Ober- und Unterschenkel, der untere Teil des Vorderarmes, der Hand- und Fußrücken weisen haupt-

sächlich blaurote oder dunkelrote Flecke auf. Die veränderten Stellen des oberen Teiles des Stammes und des Oberarmes sind sehr wenig über das Niveau der normalen Haut erhaben; ihr Rand der letzteren zu ist scharf, die Hautfelderung über ihnen mehr ausgeprägt, ihre Oberfläche nach Abziehen der Schuppen wachsartig glänzend. Beim Betasten oder beim Rollen einer Hautfalte zwischen den Fingern fühlt man kaum eine Verdickung der Haut. An der rechten Schulter befindet sich ein zierlicher, thalergroßer, regelmäfsiger Ring, dessen Centrum von normaler Haut gebildet wird, dessen Peripherie von einem mäfsig erhabenen Rande, der sich allmählich in die gerötete Nachbarschaft verliert, begrenzt wird. In der linken Achselhöhle befindet sich ein etwa linsengroßer, in der Mitte eingesunkener, blasser, von etwa 1 cm breiten, erhabenen, dunkelroten, mit weifslichen, ziemlich fest anhaftenden Schuppen bedeckten, von einem derben Infiltrate gebildeten Rande versehener Ring, welcher gegen die normale Nachbarschaft scharf begrenzt ist. In den Achselhöhlen finden sich im übrigen nur kleinere, etwa linsengroße, flache, blafsrote Flecke. Die affizierten Partien des Bauches und der Kreuzgegend sind erhabener, die freigelassenen Partien scheinen daher viel mehr eingesunken. In der Glutealgegend, an den unteren Extremitäten, am unteren Teile des Unterarmes, wo die Affektion quoad Intensität am meisten ausgeprägt und weniger diffus ist — bekommt man beim Zufühlen das Gefühl eines ziemlich derben Infiltrates. Was die Form dieses Erythema papulatum betrifft, so ist dieselbe am Rücken, in der Kreuzbeingegend und in der Glutealgegend beinahe ganz diffus. Nur wenige Flecke werden ausgespart. An der Vorderfläche des Stammes und an den oberen Extremitäten ist die Zahl der blassen Stellen viel gröfser, die Rötung zieht zwischen denselben in Form auseinanderweichender und sich wieder vereinigender Ströme hin, wodurch eine eigentümliche Marmorierung resultiert. An der unteren Extremität ist es hingegen die gesunde oder minder veränderte Haut, welche die stärker affizierten, bläulichroten, erhabenen Stellen von allen Seiten einschliefst. In den blassen, normalen Flecken finden sich oft kleine, blafsrote, wenig erhabene Flecke eingestreut. An einzelnen Stellen, so an der Handwurzelgegend, an der Vorderfläche der Brustwand, in der Nähe der Achselhöhle finden sich einige wenig erhabene, gelblichrote, wachsigglänzende, flache, pfefferkorngrofse Knötchen, welche allmählich abfallen, also nicht scharf umrändert sind. Nach Angabe des Kranken sind diese erst in den letzten 3—4 Monaten aufgetreten. In der Nähe der Achselhöhle stehen diese Knötchen so nahe, dafs die Annahme berechtigt erscheint, dafs einzelne Flecke aus dem Zusammenfliefsen dieser überaus flachen Knötchen entstehen. Der gröfste Teil der Veränderungen hat,

wenn dem sehr intelligenten Kranken zu glauben ist, die Evolution, daſs die anfänglich ganz flachen Flecke immer erhabener werden.

Der Allgemeinzustand des Kranken ist ausgezeichnet, keine subjektiven Beschwerden.

Behandlung. Nach einigen Vorversuchen mit Resorcin- und Schwefelpräparaten, welche völlig resultatlos waren, wurde bald zur groſsen Chrysarobin-Pyrogallol-Schmierkur übergegangen, welche einen recht günstigen Einfluſs auf das Leiden ausübte. Nach jedem Cyklus fand unter Zinkichthyolleim oder Zinkschwefelpaste die Abschuppung statt.

Hierbei dokumentierte sich die ungewöhnliche Resistenz der Haut im allgemeinen und der befallenen Stellen im besonderen einerseits dadurch, daſs viel länger als z. B. bei psoriatischen oder seborrhoischen Exanthemen von ähnlicher Ausdehnung Chrysarobin reizlos vertragen wurde, und anderseits darin, daſs die kranken Stellen der Haut unvergleichlich viel langsamer dieser Behandlung wichen. Da sich nach einigen Wochen herausstellte, daſs das für die Handrücken gebrauchte Pyrogallol einen noch besseren Erfolg hatte als Chrysarobin, so wurde zuletzt noch eine einfache, universelle Pyrogallol-Schmierkur vorgenommen, die dann die Heilung herbeiführte. Bei dieser letzteren muſsten selbstverständlich die Allgemeinwirkungen des Mittels durch groſse Dosen HCl ferngehalten werden.

Histologie. Am linken Vorderarm wurde ein Stückchen Haut, welches einer Papel entsprach, excidiert. — Auf den Schnitten zeigt sich bei schwacher Vergröſserung die Oberhaut als Ganzes wenig aber deutlich verdickt, der Papillarteil der Cutis Sitz einer Gefäſserweiterung und auſserdem etwas ödematös, die eigentliche Cutis dagegen zeigt keine Veränderung. —

Bei stärkerer Vergröſserung konstatiert man, daſs die Hornschicht reichlich dick und flach gespannt den starkwelligen Konturen des Papillarkörpers nicht folgt. Die Körnerschicht ist gut ausgebildet, meist zweireihig vorhanden. Die Stachelzellen sind groſs und von besonders deutlichen Saftspalten umsäumt. Die letzteren sind in dem unteren Teile der Stachelschicht in der ganzen Ausdehnung der Papel bedeutend erweitert, häufig unter Verschmälerung der anliegenden Epithelien, so daſs an feinen Schnitten der untere Epithelsaum hier und da ein gitterförmiges Aussehen gewinnt. An anderen Stellen sieht man erweiterte, interepitheliale Spalten, welche bis in die Mitte der Stachelschicht als geradlinige Kanäle sich verfolgen lassen. Dagegen werden die interspinalen Gänge im obersten Teile der Stachelschicht bereits sehr eng und lassen sich nicht bis an die verbreiterte Körnerschicht verfolgen. Mitosen sind nicht auffindbar (Flemmings S., Saffranin). Das interepitheliale Ödem

läſst die Stachelzellen so gut wie intakt; höchstens an einigen basalen Stachelzellen finden sich auch vielleicht erweiterte Kernhöhlen. Im ganzen folgt die Ausbreitung dieses interspinalen Ödems den Papillarerhebungen, so daſs oberhalb der Papillen radiär eine stärkere Ausbildung, in der Tiefe der Epithelleisten eine schwächere sich findet. Im Gegensatz zu dem bedeutenden epithelialen Ödem findet sich eine bemerkenswert geringe Einwanderung weiſser Blutkörperchen in der Stachelschicht vor; sehr weite und lang sich hinziehende, kanalartige Spalten enthalten oft kein einziges.

Die Erweiterung des Saftkanalsystems der Oberhaut setzt sich kontinuierlich fort in die analoge Veränderung des Papillarkörpers. Hierdurch allein wird an einigen Stellen die Grenzlinie zwischen beiden Straten weniger scharf als normal. Dieses Ödem zieht in voller Stärke bis an die horizontale Ausbreitung der Papillarblutbahn und von hier aus in abnehmender Stärke an den erweiterten Gefäſsen entlang, welche die Cutis durchsetzen, verschwindet aber fast, wenn auch nicht völlig, in den Saftspalten des Cutisgewebes selbst. Dem Ödem des Papillarkörpers entsprechend finden wir denselben abnorm zellenreich, und zwar hält sich die Zellenproliferation gröſstenteils an die unmittelbare Nachbarschaft der gröſseren Gefäſse und Kapillaren. Nur die oberen Teile der Papillen sind gleichmäſsig von Zellen durchsetzt. Der Charakter dieser Zelleninfiltration ist mehr derjenige von seſshaften Bindegewebszellen, wie sie bei jeder chronischen Entzündung zu finden sind. Gegen ihre Natur als Wanderzellen spricht erstens die gleichmäſsige Färbung der meisten Kerne sowohl bei schwacher als starker Färbung, sodann das Gebundensein der Zellen an die nächste Nähe der Blutgefäſse und das relative Freibleiben der angrenzenden Cutisteile, und endlich das spärliche Vorhandensein von Wanderzellen im Epithel, obwohl gerade hier die Lymphwege weit offen stehen. Bei stärkerer Vergröſserung zeigt nun auch die Cutis vera einen etwas vermehrten Zellgehalt als normal. Knäueldrüsen, Follikel, Muskeln, Fettgewebe sind normal, die ersteren nur von etwas erweiterten Saftspalten umgeben.

Einige Zeit, nachdem dieser Patient aus der Klinik entlassen war, präsentierte sich ein Herr S. aus X. Derselbe, ein 27 Jahre alter, sehr kräftig gebauter Landwirt, leidet seit 7 Jahren an einer universellen Hautkrankheit, welche bisher nicht behandelt ist, da sie niemals subjektive Beschwerden verursacht hat. Herr Dr. Pollitzer bearbeitete diesen Fall klinisch und histologisch.

Fall II. Die Anamnese des Falles ergibt nur geringe Details. Vor 7 Jahren begann die Dermatose auf der Brust und schritt von hier

am Rumpfe und den Extremitäten entlang nach abwärts, begrenzte sich aber stets am Halse, Händen und Füſsen. Der Kopf zeigt nur eine ziemliche Pityriasis; das Gesicht hatte stets Neigung, durch die Sonne tief gebräunt zu werden und in stärkerem Maſse abzuschilfern. Nur bei starkem Schwitzen und bei rauhem, trockenem Wetter stellten sich leichte Juckempfindungen ein. Soweit der Patient sich erinnert, ist in seinem Leiden seit mehreren Jahren keine Remission und sonstige Veränderung eingetreten. Patient hat keine sonstigen Krankheiten durchgemacht.

Status. Mittelgroſser, kräftig gebauter Mann. Der ganze Körper, mit Ausnahme des Kopfes, der Hände und Füſse, ist von einer wenig abschilfernden, gelbgrau, gelbrötlich bis blaurötlich gefärbten Hautaffektion befallen. Bei näherer Betrachtung bemerkt man, daſs die afficierten Stellen alle leicht, einige sogar stärker papulös erhaben sind und zwischen sich eingesunkene, normale Flecke in sehr groſser Anzahl und ziemlich gleichmäſsiger Verteilung freilassen. Dadurch erhält die Dermatose an den meisten Stellen und besonders dort, wo sie am stärksten ausgeprägt ist, an den Extremitäten, einen netzartigen Charakter, ein marmoriertes Aussehen. Die normalen, ausgesparten Hautpartien sind häufig nur von Erbsen- oder Linsengröſse, zuweilen kleiner oder gröſser. Die afficierten, erhabenen Partien haben zumeist die Form ring- oder netzförmiger Leisten, schwellen aber an Knotenpunkten dieses Netzes zu selbständigen, gröſseren, flachen, rundlichen Papeln an. Dieses sehr enggeschlungene Netzwerk macht in der Nähe der Handgelenke und an den Unterschenkeln einen groſsmaschigeren und schon von weitem deutlichen Netzwerke Platz. An anderen Stellen, besonders am Rücken und am Gesäſse, treten die papulösen Erhabenheiten ganz eng ohne freie Zwischenräume zusammen, so daſs dann die Haut auch bei naher Betrachtung sich in diffuser Weise befallen darstellt. Hier sieht dann die Haut einfach rauh, grobgefeldert und leicht schuppig aus.

Während am oberen Teil des Rumpfes überall eine graugelbliche Farbe des Ausschlags vorwaltet und nur dort, wo gerade eine stärkere Abschuppung stattfand, glänzende, rötliche Papeln zu sehen sind, wird die Färbung desselben am unteren Teile des Rumpfes und den Oberschenkeln bereits deutlicher rot, an den unteren Partien der Vorderarme und an den Unterschenkeln aber entschieden blaurot. Eine leicht hervorzurufende, ausgesprochene Livedo anullaris setzt sich noch über das Terrain des Exanthems auf die Handrücken fort, in Kontinuität mit dem blauroten, papulösen, ringförmigen Ausschlag der Vorderarme.

Dies schilfernde Aussehen der Affektion entspricht keineswegs einem fortwährenden, gröſseren, spontaneren Verluste an Schuppen, sondern macht den Eindruck einer einfachen, starken Sprödigkeit und Rissigkeit einer stark gespannten Hornschicht. An vielen Stellen hebt sich die

über der Höhe der Papeln gerissene Hornschicht von denselben etwas ab, besonders wo, wie über dem vorderen Teile des Brustkorbs, die Spannung der Haut willkürlich sehr verstärkt werden kann. Hier treten am meisten jene schuppenlosen, kleinen, rötlichen, leicht erhabenen, wachsartig glänzenden, mit einem Worte lichenoiden Papeln auf.

An der Haargrenze befindet sich eine diffuse, leichte Rötung in Form eines daumenbreiten Streifens mit leichter Abschuppung.

Subjektive Beschwerden sind nicht vorhanden.

Behandlung und Verlauf. Nach einem kurzen, wenig erfolgreichen Versuche mit Teerpräparaten, wurde zur strengen Chrysarobinbehandlung übergegangen. In den Intervallen diente Pasta Zinci sulfurata nebst Bädern zur Unterstützung der Abschuppung. Nach dreiwöchentlicher Durchführung dieser Behandlung zeigten sich noch überall Reste der Affektion; nun aber nicht mehr in Form zusammenhängender, netzförmiger Zeichnungen, sondern isolierter, hier und da gruppierter, oft glänzender Papelchen. Die Vorderarme und Beine weisen am meisten Reste der Affektion auf, während Rücken und Schulterhöhle ganz frei von demselben geworden sind, die Brust und der Bauch nur ganz wenige, isolierte, sehr glänzende Papeln zeigen. Diese unterscheiden sich von L. Planuspapeln durch ihre mehr rosarote Farbe, die weniger scharfe Umgrenzung, den ganz unregelmäſsigen Kontur, die fehlende Verdickung der Hornschicht, das mehr beetartige Relief. Im ganzen erwies sich die Haut des Patienten dem Chrysarobin gegenüber auſserordentlich reaktionslos; es kam nicht einmal irgendwo zu einer nennenswerten Rötung. Sodann schritt die Besserung unter der 10%igen Salbe sehr langsam fort, weit langsamer als entsprechend ausgedehnte psoriatische oder seborrhoische Stellen von gleich starker Infiltration und papulöser Erhebung. Der Patient muſste nach 3½ Wochen sehr gebessert, aber vor vollendeter Heilung die Anstalt verlassen.[20]

Histologie. Ein Stück der Haut vom rechten Oberarm von Linsengröſse wurde exstirpiert.

Bei schwacher Vergröſserung zeigen die Schnitte eine ausgesprochene Verdickung der Stachelschicht, in dem Papillarkörper geringe Gefäſserweiterung, leichtes Ödem und perivaskuläres Zelleninfiltrat, dagegen die Cutis relativ frei.

Bei starker Vergröſserung fällt unter der tief geschwärzten Hornschicht (Flemmings S.) eine zweireihige Lage sehr heller, fast durchsichtiger Zellen auf, welche oberhalb der Körnerschicht liegen und keine Körner mehr enthalten. Es ist dieses Unnas „helle“ Lage der basalen Hornschicht bei Osmium-Schwärzung, die hier pathologisch verbreitert ist.

[20] Derselbe kam später noch einmal in die Klinik und wurde durch Pyrogallol definitiv geheilt. Unna.

Die Stachelschicht zeigt sich deutlich verdickt. Die Epithelleisten haben sich verbreitert und sind fast überall zu einer gleichmäfsigen Platte verschmolzen, aus welcher sich die Papillen, dem Drucke nachgebend, zum Teil ganz herausgezogen haben. Einige Papillen sind dabei von der Seite her verschmächtigt, andere von oben her platt gedrückt, noch andere schief verlagert mit spitz auslaufenden Enden. Manche dicken Epithelleisten zeigen noch durch die gegen einander gerichtete Lage ihrer basalen Cylinderzellen an, dafs sie aus mehreren schmäleren Leisten zusammengeflossen sind.

Die Stachelzellen sind sehr grofs und besonders in der Mitte der Leisten stark aufgehellt. Sie werden überall von etwas erweiterten Saftspalten umgeben, die aber nur an wenigen Stellen zu gröfseren Kanälen ausgeweitet sind. Anderseits aber liegt ein sehr ausgebreitetes intraepitheliales Zellenödem vor. An den Zellen mitten in den Leisten ist das den Kern direkt umgebende Protoplasma nur schwach färbbar, im Gegensatz zum Randprotoplasma, und fast in allen Zellen umgibt den zusammengedrückten, zackigen, nicht sichelförmigen, stets stark tingierten Kern eine weite Kernhöhle. In dem oberen Teile der Stachelschicht nimmt dieses Zellenödem wieder ab, um an der normal ausgebildeten Körnerschicht ganz aufzuhören. Wanderzellen sind innerhalb der Stachelschicht in mäfsiger Anzahl zu finden. —

Die Reste der Papillen und die subpapillare Schicht der Cutis bis an das horizontale Gefäfsnetz der Papillarblutbahn sind von sehr weiten Lymphspalten durchzogen, die besonders die Kapillaren einscheiden. Man sieht einige stark erweiterte Lymphgefäfse, während die Blutgefäfse nur mäfsig erweitert sind. Die letzteren werden von einem nicht sehr reichlichen Zelleninfiltrat umgeben, welches sich an den Gefäfsen entlang auch in die im übrigen normale, nur etwas ödematöse Cutis fortsetzt. Die Zellen desselben haben meist einen grofsen, blassen Kern und halten sich an die nächste Nähe der Gefäfswand; sie sind zum gröfseren Teil nicht migratorischer Art.

Ein zusammenfassender Rückblick auf diese beiden Fälle lehrt, dafs sie aufser einigen untergeordneten Verschiedenheiten sehr wesentliche Übereinstimmungen darboten. Jene hafteten hauptsächlich dem äufseren Habitus der Krankheitsfälle an und traten beim weiteren Studium mehr und mehr zurück. Die Papeln waren im Falle I im ganzen röter gefärbt, die Hornschicht zarter und daher der Eindruck vielerwärts „lichenoid"; endlich waren die Gröfsenunterschiede der Papeln und freien Hautstellen hier bedeutend, so dafs der netzartige Charakter der Affektion an vielen Stellen einem flächenhaften Platz machte. Im Falle II dagegen waren die Papeln sämtlich bläfser, die Hornschicht entsprechend

dicker, und ein wachsartiger Glanz trat daher nur selten und meist nur unmittelbar nach der Behandlung hervor; die Gröſsen der Papeln und der freien Hautstellen waren gleichmäſsiger; und die ganze Affektion machte daher einen mehr kontinuierlich netzartigen Eindruck. Eine geringere Dicke der Hornschicht und eine geringere Stärke des Tonus der Papillarblutgefäſse im ersteren Falle gegenüber dem zweiten, genug angeborene individuelle Verschiedenheiten reichen vollkommen hin, um diese Abweichungen zu erklären.

Dem gegenüber glichen sich diese Fälle aber in folgenden Punkten, welche sie zugleich von allen bisher bekannten Dermatosen zu unterscheiden erlaubten.

1. In beiden Fällen befiel die Krankheit jüngere Männer von kräftigem, muskulösem Körperbau, blühender Gesundheit, ohne irgend welche hereditäre Belastung. Nervöse Störungen (wie oft beim Lichen ruber) fehlten gänzlich.

2. In beiden Fällen war der Verlauf ein äuſserst chronischer, aber doch stetiger, indem die Efflorescenzen sich unaufhörlich mehrten. Es traten nicht, wie bei den meisten anderen Parakeratosen, spontane Exacerbationen und Remissionen ein.

3. In beiden Fällen hielten die Efflorescenzen eine ganz bestimmte Reihenfolge der Hautregionen inne. Zuerst wurde die Brust, dann der Hals, der Bauch, Rücken und zuletzt erst die Extremitäten befallen. Eine lange Zeit hindurch waren noch die Unterschenkel frei. Schlieſslich begrenzte sich die Affektion am Kopfe, an der Flachhand und Fuſssohle, nachdem sonst der ganze Körper überzogen war.

4. In beiden Fällen machte die Affektion einen buntscheckigen Eindruck, indem auch dort, wo die Efflorescenzen am gröſsten waren und am dichtesten standen, immer noch freie Hautstellen ausgespart blieben. An den meisten Stellen wechselten regelmäſsig freie und kranke Hautpartien ab, indem gewöhnlich die letzteren, netzartig zusammenhängend, gesunde Hautinseln umgaben, seltener die ersteren einzelne gröſsere Plaques ringförmig einschlossen. Die abhängigen Körperteile, wie die Vorderarme, Handrücken, Unterschenkel, zeigten die erstgenannte Verteilung in schönster Ausprägung, wobei zugleich das Netz der Efflorescenzen kontinuierlich überging in das Stauungsnetz der durch Kälte daselbst erzeugten Livedo anullaris.

5. In beiden Fällen war die Form der Efflorescenzen eine rundliche; sie waren entweder scharf gegen die gesunde Umgebung nach allen Seiten abgesetzt oder hingen unter sich durch Ausläufer zusammen, wodurch das netzartige oder marmorierte Aussehen vieler Hautstellen erzeugt wurde. Die Efflorescenzen stellten flache Papeln und papulöse Flächen, Ringe und Netze dar, deren Erhebung über die gesunden Hautstellen an

den abhängigen Körperteilen ausgesprochener, aber überall nur eine geringe war.

6. In beiden Fällen waren die Papeln entweder von einer verdickten, aber glatten, gespannten Hornschicht mit teilweise ausgeglichener Oberhautfelderung bedeckt (in diesem Falle ein wachsiger Glanz und eine gewisse Lichen-Änlichkeit), oder sie trugen rissige, zerklüftete Schuppen und Schüppchen (in diesem Falle mehr Ähnlichkeit mit den übrigen Parakeratosen). Papeln der letzteren Beschaffenheit nahmen durch die Behandlung die erstere an. Am meisten trat diese oberflächliche Lichenähnlichkeit an den stärker gespannten Papeln der oberen Brustgegend hervor.

7. In beiden Fällen war die Farbe der schuppenfreien Papeln an den oberen Körperteilen gelblichrot bis rosa, an den abhängigen Körperstellen mehr bläulichrot bis tief blaurot. Wie die natürliche Stauung, hatte auch jede Temperaturveränderung einen merklichen Einfluſs auf das Kolorit der Affektion (Gegensatz zu Psoriasis).

8. In beiden Fällen war die beim Rollen einer Hautfalte wahrzunehmende Infiltration der Cutis ungemein gering, an vielen Stellen gleich null. Nur an den abhängigen Körperstellen war etwas Verdickung der Cutis vorhanden.

9. In beiden Fällen fehlten während des ganzen Verlaufes alle subjektiven Symptome; nur starke Temperaturschwankungen brachten ein unbedeutendes Jucken hervor.

10. In beiden Fällen war endlich die Affektion ungemein schwierig zu beseitigen. Die Haut vertrug ungewöhnlich hohe Dosen reduzierender Mittel, und unter denselben involvierte sich die Affektion nur sehr langsam.

Zu diesen 10 klinischen Vergleichspunkten gesellt sich dann noch die Übereinstimmung der histologischen Bilder. Hier wie dort zeigte sich die Affektion beschränkt auf den Papillarkörper und die Oberhaut. Die eigentliche Cutis und die eingebetteten Follikel und Knäuel, die Muskel und das Hypoderm waren völlig frei. Der Papillarkörper zeigte mäſsige Gefäſserweiterung und Ödem, dagegen nur eine minime und dabei äuſserst chronische Entzündung, lediglich charakterisiert durch Zunahme der Zellen entlang den Gefäſsen und sehr geringe Emigration weiſser Blutkörperchen. Die Stachelschicht war in geringem Grade verdickt und zeigte ein teils interepitheliales, teils intraepitheliales Ödem. Dabei waren die Stachelzellen gut erhalten, vergröſsert, die Übergangsschichten normal, die Hornschicht etwas verdickt. Mitosen waren nicht, Wanderzellen nur spärlich in der Oberhaut nachweisbar.

Es deckte sich mithin auch völlig der klinische und histologische Befund. Beide deuteten darauf hin, daſs bei der Hyperämie der Efflorescenzen Stauung in hohem, Entzündung nur in verschwindendem Grade

beteiligt sei, daſs die Schüppchenbildung nur durch übermäſsige Spannung der ödematösen Oberhaut, nicht durch Epithelneubildung verursacht werde, und erklärten es, daſs die Veränderungen der Oberhaut und des Papillarkörpers, so gering sie erschienen, doch so dauerhaft und schwer durch unsere Mittel zu beeinflussen waren.

Es wird nach dieser ausführlichen Charakteristik wohl nicht mehr nötig sein, noch näher auf die Differentialdiagnose gegenüber den Lichenformen einerseits, der Psoriasis, dem seborrhoischen Ekzem, der Ichthyosis, der Pityriasis rubra HEBRA u. s. f. anderseits einzugehen, und es erübrigt mir nur noch, den Versuch zu wagen, der neuen Dermatose einen bezeichnenden Namen beizulegen.

Wenn ich oben die Parakeratosen als „trockene Hautkatarrhe" und die Hautkatarrhe überhaupt als diejenigen oberflächlichen, infektiösen Entzündungsprozesse der Haut definierte, bei welcher die Entzündungserreger sich innerhalb der Oberhaut befinden (resp. dort vorausgesetzt werden müssen), wenn ich weiter als klinische Charakteristiken dieser Klasse von Dermatosen die Abschuppungsanomalien, die kontinuierliche Ausbreitung und die Prädilektion bestimmter Hautregionen hervorhob, so leuchtet es ein, daſs die uns hier beschäftigende Dermatose sich ohne Zwang den so definierten Parakeratosen anreihen läſst. Allerdings tritt hier das entzündliche Moment sehr zurück, aber doch nur wenig mehr als bei manchen Fällen von Psoriasis, bei der Ichthyosis etc. Dagegen herrschen an den befallenen Hautstellen Stauungssymptome, Hyperämie und Ödem des Papillarkörpers vor, und dieser letztere Umstand ist geradezu charakteristisch für unsere Parakeratosen im Gegensatze zu den meisten anderen Formen derselben Gruppe.

Hiermit wäre schon ein vorläufiger Name gegeben, da jedem Glied dieser Abteilung, welches noch keine Benennung besitzt, der Gattungsname Parakeratosis als Eigenname dienen kann. Es ist dann nur noch nötig, die Eigenheit unserer Dermatose den übrigen Parakeratosen gegenüber durch eine adjektivische Bezeichnung näher zu bestimmen, und ein solcher Beiname wird immer am besten von einem auffälligen klinischen Merkmale hergenommen, besonders wenn in dem letzteren sich zugleich noch eine anatomische oder ätiologische Haupteigenschaft mit ausprägt. Den übrigen Parakeratosen gegenüber fällt nun auf den ersten Blick die Buntscheckigkeit, das Gesprenkelte, Marmorierte unserer Dermatose in die Augen, welches in dem dichten Nebeneinander und dem stetigen Wechsel von gesunden und kranken Hautstellen begründet ist. Nach Exfoliation der obersten Hornschichten tritt hierzu noch die besprochene Farbenbuntheit von den mehr gelbrot und rosa gefärbten Papeln der oberen Regionen zu den blauroten der abhängigen Körperteile. Zugleich liegt in der Betonung dieses klinischen Hauptmaterials der Hinweis

auf die anatomische Grundlage der netzförmigen Verteilung, auf das Gebundensein und die Prädilektion der Papeln für das „kollaterale Netz“ der Hautkapillaren. Denn in diesem wird bekanntlich schon physiologischer Weise ein leichter Grad von Stauungshyperämie durch normale Temperaturschwankungen hervorgerufen. Ich gebe mithin unserer Hautkrankheit den Beinamen: variegatus, und nenne sie, bis eine genauere Kenntnis derselben eventuell eine andere Benennung notwendig macht, vorläufig: Parakeratosis variegata.

Aus der dermat. Universitäts-Klinik von Prof. SCHWENINGER in Berlin.

Vorläufige Mitteilung über flüssige medizinische Seifen.

Von

Dr. BUZZI,
Assistent.

Jeder Dermatologe hat wohl mit mir die Erfahrung gemacht, mit wie groſsen Schwierigkeiten die Anwendung von Salben bei Kranken der Privatpraxis verknüpft ist, die an mehr oder minder über den ganzen Körper verbreiteten Exanthemen leiden. Allgemeine Schmierkuren, wie sie hier oft erforderlich sind, mögen wohl in der Klinik an ihrem richtigen Platze sein, wo die ganze Einrichtung, wie Personal, Wäsche, Bekleidung, Betten, Bäder etc, und vor Allem die Zurückgezogenheit, auf welche die Patienten dort angewiesen sind, eine derartige Applikationsweise der Medikamente erleichtern und zweckmäſsig erscheinen lassen.

Nicht sehr zahlreich sind indessen die Hautkranken, welche mich hier beschäftigen und die behufs Heilung ihres Leidens eine stationäre Klinik aufsuchen. Die Gründe dafür sind wohl mehrfacher Natur, wobei indes dem ewigen Kampf ums Dasein auch hier die gröſste Rolle zukommt.

So vergeht fast kein Tag, ohne daſs in der Konsultationsstunde des Dermatologen solche Kranke erscheinen; dieselben muſs man aber auch behandeln und heilen, ohne ihren Lebensverhältnissen, ihrem Beruf etc. zu groſse Gewalt anzuthun.

Unter solchen Umständen gestaltet sich oft die Behandlung mit Salben zu einer Unmöglichkeit. Man denke nur an einen am gröſsten Teil des Körpers eingeschmierten Menschen, der den ganzen Tag vom Gefühl einer fettigen, klebrigen Haut gequält ist. Dieser improvisierte

Eskimo mufs dann, vielleicht im Sommer, herumlaufen, seinem Berufe nachkommen, mit andern Menschen verkehren, richtet dabei seine Kleider, Bettstücke und Alles, was mit ihm in Berührung kommt, übel zu, so dafs er sich vor sich selbst ekelt und schliefslich in Verzweiflung gerät!

Dazu kommt noch der bedeutende Kostenaufwand, den eine solche Behandlung, infolge der hierzu erforderlichen gröfseren Mengen Salbe mit sich bringt.

Ist das Leiden nicht so verbreitet, so bleiben doch alle diese Übelstände mehr oder minder bestehen.

Derartige Schwierigkeiten hatten mich schon von Anfang meiner dermatologischen Thätigkeit an getrieben, anderen medikamentösen Applikationsformen mehr Interesse zu widmen als es gewöhnlich geschieht, denen die eben erwähnten Nachteile der Salben in geringerem Grade oder gar nicht eigen sind, so den wässerigen Umschlägen, Leimen, Pflastern, Firnissen, Seifen etc.

Von allen diesen medikamentösen Applikationsformen können bei der ambulatorischen Behandlung oben erwähnter Kranker, aus leicht ersichtlichen Gründen nur die Seifen in Betracht kommen. Ja, ich gehe noch weiter und sage, dafs die Seifenbehandlung von Hautkrankheiten im allgemeinen, überall da wo sie indiziert ist, den Vorzug verdient gegenüber den übrigen Applikationsformen, besonders den Salben, denn sie ist in höchstem Mafse bequem, sauber und billig.

Wollen wir ein Medikament in Seifenform anwenden, so können wir es mittelst Magistralformel ordinieren, wobei wir als Seifengrundlage eine officinelle weiche bezw. Salbenseife (Sapo calinus albus, Sapo viridis, etc.) oder ähnliche nicht officinelle Präparate (Sapo unguinosus, Mollinum) nehmen. Dieser Weg wird jedoch aus vielen Gründen nicht sehr oft eingeschlagen.

Statt dessen brauchen wir lieber harte bezw. Stückseifen, und zwar solche, die unter ärztlicher Kontrolle hergestellt worden sind, welche allein hier in Rede kommen können. Unter letzteren haben wohl die Unnaschen überfetteten Seifen den meisten Anklang gefunden.

Vor zwei Jahren, bei einem längeren Aufenthalte in der Privatklinik Unnas, hatte ich die Gelegenheit mit den bekannten dermatotherapeutischen Präparaten des berühmten Hamburger Dermatologen auch diese seine Seifen und deren Anwendung näher kennen zu lernen. Dabei fiel mir auf, wie beschränkt die Anwendung derselben seitens Unnas selbst, in der stationären sowohl wie in der ambulatorischen Praxis war. Diese Seifen zeigten dann beim Gebrauch neben ihren Vorzügen gewisse ihnen innewohnende Nachteile, namentlich bezüglich der Erhaltung der in ihnen vorhandenen Medikamente, und das alles erweckte in mir den Gedanken, ob es sich nicht lohnte, der Seifenfrage näher zu treten, um Präparate

herzustellen, welche gröfseren Ansprüchen genügten, namentlich hinsichtlich einer Erweiterung ihres Wirkungskreises und der besseren Erhaltung der in ihnen enthaltenen medizinischen Stoffe. Die Verwirklichung dieser zwei Postulate sollte bei der Herstellung anderer medizinischer Seifen meine erste Aufgabe sein.

Mir war inzwischen klar geworden, dafs der Grund für die so beschränkte Anwendung der Unnaschen Seifen, zumal in dem wesentlich klinischen Materiale desselben, dann aber auch in dem Umstande zu erblicken war, dafs die sonst hoch zu schätzende Überfettung allen seinen Seifen zu Grunde liegt. Die Vorteile der „Überfettung“ sind zu genügend bekannt, als dafs ich hier näher darauf einzugehen brauche; diese Errungenschaft, die wir Unna zu verdanken haben, wird wohl für immer der Therapeutik erhalten bleiben. Allein die Überfettung als allgemeine Grundlage, die Überfettung à tout prix ist ein Fehler, welcher der Anwendung der Seifen in vielen Fällen im Wege steht, jedenfalls den Wirkungskreis derselben schmälert. Warum soll z. B. eine Schwefelseife, die wir gegen Seborrhoea oleosa des Gesichtes, wobei wir eine Entfettung der Oberhaut erzielen wollen, gerade überfettet sein? Warum soll eine Bimmstein- oder eine Marmorseife, die wir gegen Komedonen deshalb anwenden, weil sie mechanisch die oberflächlichsten Hornzellenschichten entfernt, auch überfettet sein, was die eigene keratolytische Seifenwirkung abstumpft, gerade hier, wo wir diese sehr brauchen können? Diese Beispiele, denen ich viele andere hinzufügen könnte, mögen vorerst hinreichen, um den Beweis zu liefern, dafs es neben den überfetteten Seifen, deren Vorteil hauptsächlich darin besteht, die Oberhaut zu schonen und der durch die Seifen hervorgerufenen mehr oder minder grofsen Entfettung entgegenzutreten, überfettfreie Seifen geben mufs, welche die eigene Seifenwirkung ungehindert zu entfalten imstande sind. Letztere können dann, den verschiedenen Indikationen gemäfs, alkalifrei, also neutral, oder gar alkalisch sein. Wollen wir der Seifenbehandlung das Wort reden und die Sphäre ihrer Thätigkeit möglichst erweitern, so müssen wir auf die überfettete als einzige Seifengrundlage verzichten und zwei anderen unüberfetteten Seifengrundlagen Platz einräumen, nämlich einer neutralen und einer alkalischen.

Ich kann mich nicht mit Eichhoff einverstanden erklären, wenn er sagt (Über Seifen, *Dermat. Studien.* II. Reihe, 1889, Hft. I.), dafs „auch die absichtlich alkalisch gemachten Seifen, zweckmäfsigerweise mit einem Fettüberschufs von 3—4 % versetzt“ werden. Allerdings bedeutet nicht in meinem Sinne überfettete Seife etwa einen technischen oder chemischen Gegensatz zu alkalischer Seife und ich gebe gern zu, dafs auch letztere der Überfettung zugänglich ist. Indessen geht aus dem oben Gesagten hervor, dafs in praktischer Beziehung das, was wir mit einer

alkalischen Seife erreichen wollen, fast immer gerade das Gegenteil ist von dem, was wir von einer überfetteten verlangen, wie zerstören das Gegenteil von schonen, keratolytisch von keratoplastisch ist.

Durch die Einführung der drei oben erwähnten Grundseifen (überfetteten, neutralen und alkalischen) wird somit dem ersten gestellten Postulat entsprochen, dem Wirkungskreis der Seifenbehandlung weitere Grenzen zu stecken, um ihre Anpassung an die verschiedenen Indikationen zu ermöglichen.

Ich hatte mich mit der Frage noch gar nicht praktisch weiter beschäftigt, als ich vor einem Jahre vom Apotheker KEYSSER in Wilhelmshaven, jetzt in Hannover, eine Sendung von medizinischen Seifen in flüssiger Form erhielt. Sie waren alle mit einer ziemlich stark alkalisch reagierenden Grundlage hergestellt und schon deswegen unbrauchbare Präparate. Außerdem zeigten die meisten davon ein durch Trübungen und Bodensätze bedingtes recht unschönes Aussehen und, was noch wichtiger ist, erwiesen sich bei mehreren von ihnen die enthaltenen medizinischen Stoffe mehr oder minder zersetzt. Da ich doch gerade in der flüssigen Form dieser Seifen gewisse Vorteile erblickte, die der Verwirklichung meines zweiten Postulats förderlich sein konnten, so trat ich mit KEYSSER in nähere Beziehung, worauf wir die Frage der Herstellung brauchbarer medizinischer Seifen in flüssiger Form nach allen Seiten hin gemeinschaftlich studierten. Nach Überwindung vieler Schwierigkeiten ist es uns auch erst in letzter Zeit gelungen, Seifen herzustellen, welchen nach meinem Dafürhalten wesentliche Vorteile gegenüber anderen zukommen.

Meinen vorhergegangenen Ausführungen gemäfs haben wir drei Seifengrundlagen. Wir stellen zunächst eine möglichst neutrale Grundseife dar. Diese wird dann einerseits mit Lanolin versetzt und gibt die überfettete Grundseife; anderseits setzen wir der neutralen Grundlage Kalium carbonicum (1 % oder mehr) hinzu, und so erhalten wir unsere alkalische Grundseife. Durch die Überfettung mit Lanolin ist ein Ranzigwerden des Fettüberschusses, wie das bei den mit Glycerinfetten überfetteten Seifen oft geschieht, ausgeschlossen. Die Alkalisierung mittelst des Kaliumkarbonats hat sich bei meinen Versuchen am gesunden sowie am kranken Menschen vorteilhafter gezeigt als eine solche durch Ätzkali.

Mit diesen Grundseifen haben wir nun eine Anzahl medizinischer Seifen hergestellt, so Teer-, Thiol-, Karbol-, Thymol-, Menthol-, Kampher-, Ergotinseifen u. a. m. Über besonders schwer herzustellende Seifen (Resorcin-, Sublimat-, Jodseife) sind die Versuche noch nicht abgeschlossen. Gewisse Seifen, so die Marmor-, die Bimstein-, die Schwefelseife lassen sich in flüssiger Form vielleicht garnicht darstellen. Die Studien hierüber bleiben natürlich immer noch offen und ich wäre den Kollegen, die sich

dafür interessieren, sehr dankbar, wenn sie mir ihre diesbezüglichen Wünsche mitteilten, denen zu entsprechen ich jederzeit bemüht sein werde.

So meinte UNNA, dem ich neulich die flüssigen Seifen zeigte, daſs sich die Pflanzenextrakte hierfür sehr eignen würden, und auf diesen Wink hin sind bereits Versuche angestellt.

Ich behalte mir vor, in einer später erscheinenden Arbeit genaue Angaben über die chemische Zusammensetzung und das technische Verfahren zur Herstellung dieser Seifen Näheres mitzuteilen, sowie über die Resultate der Anwendung von denselben beim gesunden und kranken Menschen zu berichten. Ich will hier nur noch die Vorteile der flüssigen Seifen gegenüber den Stückseifen kurz erwähnen, welche ohne besondere Erörterung fast wie selbstverständlich erscheinen:

1. Ist bei flüssigen Seifen durch Abschluſs von Luft und Licht für eine bessere Erhaltung der darin enthaltenen, oft flüchtigen oder sehr zersetzbaren medizinischen Stoffe gesorgt.

2. Ist eine bessere Verteilung der Medikamente in der flüssigen Seifengrundlage gegeben.

3. Ist die Möglichkeit gegeben, die Seife rein, ohne Zusatz von Wasser anzuwenden.

4. Ist die Möglichkeit einer genauen Dosierung des zu gebrauchenden Seifenquantums, bezw. Medikamentes vorhanden.

5. Ist der psychische Eindruck nicht zu unterschätzen, den die Seife in dieser Form auf die Patienten ausübt.

Flüssige Seifen hat es längst gegeben. Indessen dürfte dieses das erste Mal sein, daſs solche als fertige unter fachmännischer Kontrolle hergestellte medizinische Präparate, nach Art der Stückseifen, auf deren Seite sie sich stellen, in Gebrauch kommen.

Erst wenn noch reichere Erfahrungen gesammelt worden sind — wozu diese vorläufige Mitteilung eine kleine Anregung geben soll — wird sich herausstellen, in wie weit diese flüssigen medizinischen Seifen die Stückseifen wirklich mit Vorteil zu ersetzen vermögen.

Berlin, Mai 1890.

Besprechungen.

BAUMGARTEN, P. *Lehrbuch der pathologischen Mykologie.* Zweite Hälfte. zweiter Halbband, Lieferung 1 und 2. (Schluſs des Werkes.) Braunschweig 1890, Verlag von HARALD BRUHN.

Vor uns liegt der Schluſs eines bedeutenden Werkes, dessen früher erschienene Teile schon in anderen Jahrgängen an dieser Stelle besprochen worden sind. Auf dem verhältnismäſsig kleinen Raume von im Ganzen 950 Seiten findet sich alles das

zusammengedrängt, was an Neuem und Wissenswertem in fast unerschöpflicher Fülle aus der ätiologischen Forschung der letzten Decennien hervorgesprungen ist und in dieser kurzen Spanne Zeit die Wissenschaft zu einer neuen Höhe der Erkenntnis emporgeschnellt hat wie selten zuvor.

Baumgartens Werk ist dieser Thaten würdig.

Bei einer sorgfältigen Sichtung des gewaltigen Materiales, welche auch das Kleinste nicht vergifst, offenbart sich überall der herrschende Geist, welcher den Stoff durchdringt und ordnet. Die kritische Sichtung, welche der berufene Forscher mit der Referierung der Erfahrungsthatsachen verbindet, hebt sein Lehrbuch weit über die Stufe eines gewöhnlichen Sammelwerkes hinaus und verleiht ihm einen Reiz, der auch die minder wichtigen Kapitel mit eigenartiger Frische zu beleben weifs.

Dabei bleibt jedoch das kritische Urteil immer als gesonderte Meinung des Autors erkenntlich und beeinträchtigt in keiner Weise die wahrhaft klassische Objektivität der Berichterstattung.

Die subjektive Beleuchtung durch die von so hervorragend sachkundiger Seite geübte Kritik ist aber ein ganz besonderer Vorzug des Werkes, das verdient, von Allen gelesen und studiert zu werden, welche sich mit den einschlägigen Fragen befassen und über den Wert oder Unwert so mancher strittigen Anschauung ein Urteil bilden wollen.

Wir können das Buch daher nur in jeder Weise empfehlen als eine glückliche Erweiterung und Vervollkommnung der bisherigen Darstellungen dieses Gebietes. Für den praktischen Arzt, dem es nicht vergönnt war, die neue Lehre schon auf der Universität in succum et sanguinem aufzunehmen — und deren sind noch viele im deutschen Vaterlande — ist dieses Buch vor allem geeignet, eine reiche Quelle der Anregung, Belehrung und Überzeugung zu bilden, die selbst den ungläubigsten Bacillen-Thomas mit dem neuen Geiste der ätiologischen Forschung durchtränken mufs.

Ebenso ist auch zum Universitätsstudium und als Nachschlagebuch das Werk Baumgartens unentbehrlich für jeden, der sich eingehender mit dem Gegenstande beschäftigt. Es ist ein zuverläfsiger Führer durch diese Gebiete, in denen die vorhandenen Wege noch häufig genug in die Irre führen, um einer sorgfältigen weiteren Festlegung und eines sicheren Ausbaues zu bedürfen.

Die vorliegenden Kapitel umfassen die wichtigsten menschlichen Krankheitserreger, die Bacillen der Tuberkulose (Schlufs), der Lepra, der Syphilis, des Rotz und des Tetanus. Aufserdem werden noch die Rhinosklerom- und Xerosisbacillen, die Bacillen bei der Diphtherie, der Malaria und bei einer Reihe anderer Krankheiten gefundene Bacillen abgehandelt, sowie die pathoforen Arten einiger pleomorphen Bacillen.

Ein besonderes Interesse verdienen noch die Spirochaeten der Cholera asiatica und der Recurrens, denen die zehnte Vorlesung ausschliefslich gewidmet ist.

In mehr summarischer Schilderung werden nunmehr die bekannteren pathoforen Hyphomyceten und Sprofspilze behandelt, denen eine ausführliche Beschreibung des Aktinomyces vorausgeht. Von ganz hervorragender Wichtigkeit aber ist die Zusammenstellung der Arbeiten über pathofore Protozoën, deren Gattung berufen scheint, der ätiologischen Forschung noch ganz neue Gebiete zu erschliefsen. Baumgarten bekennt sich als ein eifriger Anhänger dieser neuesten Richtung.

Es würde an dieser Stelle zu weit führen, auf die Einzelfragen auch nur der Hauptpunkte genauer einzugehen, obschon die vielfach originelle Auffassung B.s die Kritik häufig geradezu herausfordert. Insbesondere ist das der Fall bei der Theorie B.s über die Vererbung der Tuberkulose. Entgegen der noch herrschenden Ansicht,

dafs die Tuberkulose meist durch Infektion mit den (als ubiquitär angenommenen) Bacillen erworben wird auf Grund einer ererbten (oder erworbenen) Konstitutionsanomalie der tuberkulösen Prädisposition, stellt BAUMGARTEN die Theorie auf, dafs die Tuberkulose in den meisten Fällen direkt vererbt werde, wie auch die Lues, nämlich durch die Übertragung der Bacillen mittelst fötaler Infektion auf placentarem oder germinativem Wege.

Da die einschlägigen Fragen in ihren letzten logischen Konsequenzen von weittragender Bedeutung für die praktische Bekämpfung der Tuberkulose sind und auch für die verschiedenen Formen der Hauttuberkulose Bedeutung besitzen, so behalten wir uns eine kritische Würdigung derselben für eine andere Gelegenheit vor.

Die Ausstattung des Werkes durch den Verlag von HARALD BRUHN verdient eine in jeder Hinsicht vortreffliche genannt zu werden, insbesondere ist die glatte Ausführung der zahlreichen Figurenzeichnungen zu loben. Der Preis von 12 Mark mufs in Anbetracht des Gebotenen ein billiger genannt werden.

von Sehlen-Hamburg.

Syphilis und öffentliche Gesundheit, von T. BARTHÉLEMY. (Paris 1890. J. B. BAILLÈRE et FILS.)

In dieser, etwa 350 Druckseiten umfassenden Arbeit behandelt BARTHÉLEMY die vielerörterte Frage in durchaus fesselnder und eigenartiger Weise. Das Buch zerfällt in zwei Teile, deren erster überschrieben ist: Die Zerstörungen der Syphilis (Les méfaits de la Syphilis), während der zweite den Titel: Soziale Hygiene führt. Jede Abteilung zerfällt in mehrere Kapitel.

Im ersten Kapitel: Syphilis und Alkohol wird die schädliche Einwirkung des Alkoholismus wie auf sämtliche Dermatosen, so namentlich auch auf die Hautsyphilis hervorgehoben. B. belegt seine Behauptungen mit einer Reihe von Krankengeschichten, welche auffallenderweise ausschliefslich junge Mädchen betrafen. Verf. erklärt diese Thatsache mit gewissen trostlosen Einrichtungen des Wirtshauslebens zu Paris; er gewährt uns einen erschütternden Einblick in das Leben solcher „Inviteuses", junger Mädchen, die unter herzlosen Bedingungen in den Bierwirtschaften („Brasserie") angestellt werden, um die Gäste zum Trinken zu veranlassen. Es überschreitet den Rahmen eines einfachen Referats, alle die Einzelheiten, die dem deutschen Leser ebenso fremdartig wie empörend klingen, hier mitzuteilen; es lohnt sich aber sehr der Mühe, diese Dinge im Original nachzulesen.

In den folgenden sechs Kapiteln des ersten Teiles werden nacheinander eingehend erörtert: Die Gefahr der Ansteckung, mit welcher der Syphilitiker fortwährend seine Umgebung — der Mann seine Frau und Kinder, die Amme den Säugling und umgekehrt, u. s. w. — bedroht; die Prognose der Syphilis, ihre Ausgänge in Siechtum und Tod, in Lähmungen und geistige Umnachtung, ihr verheerender Einflufs auf die Entartung der Nachkommenschaft; ihre Wirkungen auf die Kindersterblichkeit; die Syphilis hereditaria und die Syphilis hereditaria tardiva (Kap. 5—6); im 7. Kapitel endlich die konzeptionelle latente Syphilis, die keinerlei charakteristische Symptome macht, wobei die betroffenen Frauen ohne nachweisbare Ursache schnell abmagern, schwach werden, ihre Haare verlieren, über Kopfschmerzen, Pseudo-Rheumatismus u. s. w. klagen. Nach B. ist diese den Frauen durch den Fötus mitgeteilte latente Syphilis bei weitem häufiger, als die latente Lues congenita und Lues acquisita; sie wird aber seiner Meinung nach häufig nicht rechtzeitig erkannt und kann dann einen schlimmen Verlauf nehmen.

In den angeführten Kapiteln entrollt uns der Verf. ein düsteres Bild von den grofsen Verheerungen, welche die Syphilis jahraus jahrein in Frankreich anrichtet;

er schildert nach eigenen Beobachtungen und nach den vorliegenden französischen Statistiken. Wenn nun auch in Deutschland die einschlägigen Verhältnisse minder trostlose sind, so ist doch auch bei uns des Übels noch allzuviel anzutreffen und da dürfte gewifs auch für uns das Studium der Frage von Nutzen sein, die B. im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit zu beantworten sucht: Wie bekämpft man die Seuche in geeigneter und nachhaltiger Weise?

Beim Lesen des zweiten Teiles darf man nie vergessen, dafs der Verf. in einem Lande lebt, wo die Theorie der Menschenrechte und der persönlichen Freiheit zuerst verkündet wurde und wo selbst die regierenden Kreise noch von dem unbedingten Freiheitsfanatismus beherrscht werden. Denn nur so wird man es es verstehen, wenn B. zur Unterdrückung der Syphilis Forderungen aufstellt, die in Deutschland schon längst erfüllt sind, und wenn er es für nötig findet, diese Forderungen in wiederholten, umständlichen theoretischen Erörterungen zu begründen. Die Ursache der grofsen Verbreitung der Syphilis liegt für ihn — und darin werden ihm alle Ärzte beistimmen — in der geheimen, von Schankmädchen, Dienstmädchen u. s. w. betriebenen Prostitution, also: sanitäts-polizeiliche Überwachung sämtlicher Frauen, die mit ihrem Körper Handel treiben; mehrfach wöchentliche Untersuchungen derselben durch besondere Ärzte, zwangsweise Behandlung syphilitischer Mädchen in Krankenhäusern; wie man sieht, lauter Einrichtungen, die wenigstens in Hamburg (dem Wohnsitz des Referenten, auf das B. mehrfach anerkennend hinweist), schon längst bestehen. Sehr viele Freunde wird sich Barthélemy namentlich dadurch erwerben, dafs er fordert, man solle diese armen, unglücklichen Geschöpfe als Menschen, als kranke Menschen behandeln, man solle überhaupt endlich aufhören, die Syphilis abseits von allen andern Krankheiten als Strafe für die Ausschweifungen des Lasters zu betrachten. Es wäre wirklich endlich einmal an der Zeit, unter Hinweglassung alles Moralisierens die Syphilis als das zu bezeichnen, was sie ausschliefslich ist, als eine der schlimmsten Krankheiten, von der verschont zu bleiben, jeder Einzelne immerhin als Glück preisen kann. Denn wenn sich auch die Einrichtungen, die B. für Frankreich und namentlich für Paris wünscht, bei uns schon lange als heilsam bewährt haben, so sind damit doch noch bei weitem nicht alle die Wege verlegt, auf denen das syphilitische Gift ins Volk hineingetragen wird. Denn was nützt z. B. die Untersuchung der Puella durch den Arzt, wenn sie unmittelbar nach dieser Untersuchung von einem Besucher angesteckt wird und die Ansteckung auf den oder die folgenden Besucher überträgt? Auch B. anerkennt dieses Loch in seiner Mauer; um es zu verstopfen, schlägt er vor (pag. 335), dafs jeder, der ein Mädchen besuchen will, vorher von einer älteren Frau (par une matrone) untersucht werde, die das Recht haben müsse, bei Verdacht auf Syphilis den Zutritt zu verweigern. Aber wer möchte wohl die Frage, ob Syphilis oder nicht, dem Urteil einer älteren Frau überlassen? Für den Referenten wenigstens unterliegt es keinem Zweifel, dafs zu diesem wichtigen Amt nur Ärzte und zwar erfahrene, wenn möglich spezialistisch geschulte Ärzte bestellt werden dürften. Im übrigen ist ja auch in Deutschland die Forderung, jeder Bordellbesucher müsse sich einer vorherigen ärztlichen Untersuchung unterwerfen, nicht mehr neu. Es liefse sich das auch, wenigstens in grofsen Städten, mit nicht allzuvielen Kosten durchführen, wenn man die Bordelle in bestimmte, abgeschlossene Strafsen kasernierte. Jede Strafse würde einem oder mehreren Ärzten unterstellt und jeder Besucher müfste, um in die Strafse zu gelangen, erst durch das ärztliche Untersuchungszimmer hindurchgehen. Die Kosten dieser Einrichtung wären teils von den Gästen und teils von den Wirten aufzubringen. Es liefse sich überhaupt noch manches zur Unterdrückung der Syphilis thun; es würde aber den Rahmen eines Referates bei weitem überschreiten, des Näheren hierauf einzugehen. Wem die Frage nahegeht, der findet in der Barthélemy-

schen Schrift viel Anregendes. Wünschen wir dem Verf., daſs seine von vorurteilsfreier und humaner Gesinnung getragenen praktischen Vorschläge in Frankreich den nötigen Anklang finden. *Türkheim-Hamburg.*

Versammlungen.

Dermatologische Vereinigung zu Berlin.

Sitzung vom 4. März 1890.

Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer: Herr Rosenthal.

1. Herr Behrend: **Über Lupus.** Der Vortragende hat 4 Fälle von Lupus ausgewählt, die er vorstellt und an denen er zeigen will, daſs nicht alle Lupusfälle gleich verlaufen, sondern daſs jeder seine Eigentümlichkeiten teils in Bezug auf die Ätiologie, teils auf den Verlauf, teils auf die Therapie hat. Die Diagnose des Lupus ist meistens leicht, doch können auch sehr häufig Irrtümer vorkommen, welche man aber vermeiden wird, wenn man alle Symptome voll berücksichtigt.

In dem Lehrbuch von Hebra und Kaposi wird behauptet, daſs Lupus primär an der Nasenschleimhaut nicht vorkommt, sondern daſs der Lupus sich von der äuſseren Haut auf die Schleimhaut fortsetzt und dann zur Perforation des Sept. narium führt. B. zeigt nun an dem ersten Patienten, den er vorstellt, daſs diese Ansicht nicht richtig ist; der Patient ist vor 7 Jahren in seine Behandlung gekommen, und er konnte aus der Anamnese und dem klinischen Verlaufe den Nachweis liefern, daſs in diesem Falle das primäre der Lupus des Sept. narium war, der zur Perforation geführt hat.

In Bezug auf die Konsistenz der Lupusknoten zeigen sich in einzelnen Fällen Eigentümlichkeiten, die mit den gegebenen Beschreibungen nicht übereinstimmen. Der Lupusknoten ist meist halb durchscheinend und weich, doch gibt es auch harte, feste Knoten, welche deshalb Lupus hypertrophicus oder sclerosus genannt werden. Diese Formen erinnern an diejenigen, welche an der Hand vorkommen und die man mit dem Leichentuberkel identifiziert hat. Der Leichentuberkel ist aber wahrscheinlich eine lokale Tuberkulose, so daſs man 3 Formen demnach unterscheiden muſs. 1. Den Lupus, 2. die tuberkulösen Geschwüre der Phthisiker und 3. den Leichentuberkel. Der letztere sieht nicht so aus, wie der Lupus, doch gibt es Fälle, wo Lupus der Finger dem Leichentuberkel vollkommen ähnlich ist und doch als nichts weiter wie als Lupus diagnostiziert werden kann. Dazu zeigt B. ein Wachspräparat eines Falles, bei dem universeller Lupus bestand; es waren Knie, Ellbogen, Gesicht etc. davon befallen, und an den Fingern zeigten sich warzige Protuberanzen, die wie Leichentuberkel aussahen und doch nur Lupusaffektionen waren. Herr B. stellt hierzu eine Patientin vor, die Lupus im Gesicht hat, und bei der am rechten Unterschenkel knollige, harte Verdickungen vorhanden waren.

Eine dritte Eigentümlichkeit im Verlaufe des Lupus ist die Verkrümmung der Finger, wie sie Jüterbock beschrieben hat. Hierbei kommen durch die Narbenbildungen Kontrakturen der Sehnen und Sehnenscheiden zustande; es gibt auch Fälle, wo der Knochen einer Phalanx verloren gegangen ist, wodurch eine Verkürzung hervorgerufen wird. Ein vorgelegtes Wachspräparat, sowie eine Patientin mit solchen Kontrakturen gaben von dieser Veränderung des Lupus Kenntnis.

Hinsichtlich der Therapie möchte der Vortragende an das Sublimat erinnern, mit dem er einzelne Fälle, und zwar durch Umschläge geheilt hat. Das Lupusgewebe exfoliiert unter den Sublimatumschlägen und führt auf diese Weise zur Heilung. Der hierbei vorgestellte Patient ist früher an den affizierten Stellen gebrannt worden, es sind die lupösen Knoten ausgekratzt worden, aber es traten immer wieder Recidive auf, während der Zustand jetzt unter den Sublimatumschlägen sich wesentlich gebessert hat. Die Patientin mit der Verkrümmung der Finger ist ebenso behandelt worden und zeigt der Verlauf ebenfalls eine wesentliche Besserung.

Bei der ersten vorgestellten Patientin hat B. die Elektrolyse angewandt, und wenn er auch noch kein definitives Urteil darüber fällen will, so kann er doch konstatieren, daſs in diesem Falle ein Knoten der Unterlippe vor 4 Jahren geschwunden ist und sich kein Recidiv gezeigt hat; ebenso sind die lupösen Affektionen an den Kolumnen des Zahnfleisches geschwunden.

Diskussion.

Herr Lassar frägt, ob nicht doch im ersten Fall Lupus an der äuſseren Haut begonnen und dann zur Perforation geführt haben kann, worauf Herr Behrend erwidert, daſs solches aus der Anamnese nicht zu schlieſsen ist. Herr Isaac kann sich der Ansicht des Herrn Behrend nicht anschlieſsen, daſs Lupus durch Sublimatumschläge geheilt werden kann. Er behauptet, daſs, wenn auch in der Mitte der Lupus dadurch heilt, derselbe doch an den Seiten weiter schreitet. Er nehme an, wie auch die Wiener behaupten, daſs kein Lupus ohne chirurgische Eingriffe, sei es Paquelin oder scharfer Löffel etc. beseitigt werden könne.

Herr Saalfeld hat vielfach Sublimatumschläge angewandt, aber selten oder nie Heilungen gesehen, er könne die Ansicht Doutrelepont's nicht teilen, welcher recht günstige Erfolge damit erzielt hat. Nach seiner Ansicht müsse man überhaupt beim Lupus individualisieren.

Herr Lassar kann Herrn Isaac nicht völlig beistimmen, er habe Fälle nach Chrysarobin und Salzbädern heilen sehen, ebenso habe ihm der von Saalfeld empfohlene Perubalsam in einzelnen Fällen gute Dienste geleistet.

Herr Rosenthal glaubt, daſs nur die ulcerativen Formen, nicht aber die knotigen, nach Perubalsam heilen.

Herr Saalfeld will auch nicht immer vom Perubalsam Erfolge gesehen haben, aber doch kann er über Fälle berichten, bei denen selbst Knötchen zusammengeschmolzen wären. Er mache darauf aufmerksam, daſs der Perubalsam meistens verunreinigt ist, und er empfehle sehr, darauf zu achten, daſs nur ganz gereinigter angewandt wird, dann wird man auch Erfolge erzielen.

Herr Isaac bemerkt, daſs, da man möglichst tief in das Gewebe eindringen muſs, um zu heilen, er sich nicht denken kann, daſs äuſsere Mittel allein imstande wären, vollständige Heilungen zu erzielen; wohl können die oberflächlichen Ulcerationen heilen, allein die tiefen Knötchen bleiben bestehen und greifen weiter um sich; diese können nur durch eine tiefe chirurgische Behandlung zerstört werden.

Herr Köbner. Schon bei einer gröſseren Debatte in der med. Gesellschaft im Jahre 1884 anläſslich eines primären Lupus am Velum palatinum habe er darauf aufmerksam gemacht, daſs man bei Lupus in jedem Falle mit dem Nasenspiegel untersuchen solle und daſs man in vielen Fällen Affektionen finden wird, bei denen man durch eine frühzeitige Behandlung die Perforation verhüten kann. Was den zweiten von Herrn Behrend vorgestellten Fall anbetrifft, so hält er die Affektion am Unterschenkel für eine Elephantiasis verrucosa, die am Kniegelenk begonnen und den ganzen Unterschenkel befallen hat. Die Affektion rühre nicht vom Lupus her, da die Narben im Verhältnis zu gering sind, eher mache er auf den elastischen Schnür-

strumpf aufmerksam, den die Patientin trägt. Hinsichtlich der Therapie glaubt er auch nicht, daſs die Sublimatumschläge den knotigen Lupus heilen können, er schlieſse sich hierin vollkommen den Ansichten des Herrn Isaac an. Nur eins möchte er hierbei erwähnen, daſs nicht die Wiener Schule allein die Urheberin der chirurgischen Behandlung gewesen ist. Als Middeldorf die Galvanokaustik beim Lupus empfohlen und angewandt hatte, wurde dieselbe auch in Wien ausgeführt, doch lieſs man dieselbe dort bald fallen, weil man darnach Hämaturie beobachtet hat. Nun entsteht aber Hämaturie nur in solchen Fällen, bei denen zu groſse und ausgebreitete Flächen galvanokaustisch behandelt werden. Wendet man die Galvanokaustik langsam und allmählich an, so wird man keine Hämaturie beobachten.

Herr Behrend erwidert, daſs es doch möglich sei, durch Sublimat Lupus zu heilen; so könne er einen Fall anführen, bei dem sich seit langer Zeit kein Recidiv gezeigt hat. Er behauptet, daſs in den Fällen, wo der Lupus seitlich weiter schreitet, selbst Brennen und der scharfe Löffel nicht imstande sind, eine Heilung zu erzielen, da dieselben doch auch das Gewebe nur soweit zerstören, als sie reichen. Man kann selbst im Gesunden brennen, und man wird doch Recidive erhalten, daher hat er einmal andere Mittel versucht. Natürlich heilen nur solche Fälle durch Sublimat, bei denen die Knötchen nicht zu tief sitzen. Um ebensolche Fälle kann es sich bei der Heilung durch Perubalsam handeln.

2. Herr Dr. Schirren. **Über die Aristolwirkung mit Krankenvorstellungen.** Nachdem Eichhoff von Aristol ganz vorzügliche Wirkungen erzielt hat, wurde dasselbe auch auf der Lassarschen Klinik angewandt und will der Vortragende über die Resultate der Versuche hier Bericht erstatten. Das Aristol ist in Öl löslich, soll vollständig unschädlich, ohne toxische Eigenschaften und geruchlos sein. Eichhoff empfahl es bei Psoriasis, wo es zwar langsam wirkt, und bei Lupus; hierbei soll es das beste Mittel sein, welches bis jetzt existiert. Die Untersuchungen, die der Vortragende gemacht hat, betrafen 10 Fälle von Psoriasis und 5 Fälle von Lupus. Das Resultat war, daſs bei Psoriasis nach Anwendung einer 10 % Pastenform schon nach 2 Einreibungen ein günstiger Effekt auf die Schuppenbildung beobachtet werden konnte; dann folgte ein Abblassen der Plaques und schlieſslich Heilung. Auch beim Lupus zeigte sich, daſs der entzündliche Prozeſs heilbar war. Es geht daraus hervor, daſs das Aristol in der ersten Zeit einen antiphlogistischen Einfluſs hat. Später jedoch trat selbst bei Psoriasis ein heftiger Entzündungsreiz auf, nebenbei zeigte sich, wie bei Chrysarobin, Konjunktivitis. Bei Lichen ruber milderte eine 10 % Paste das Jucken.

Aus seinen Versuchen gehe also hervor, daſs das Aristol durchaus kein Specificum gegen Hautkrankheiten ist, wohl kann man damit in einzelnen Fällen günstige Resultate erzielen.

Diskussion.

Herr Rosenthal, der ebenfalls damit Versuche angestellt hat, sagt, daſs zwei Eigenschaften gegen das Mittel sprechen, 1. die leichte Zersetzbarkeit und 2. der hohe Preis. Bei einem Fall von Lupus an der Hand wurde der Ulcerationsprozeſs günstig beeinfluſst.

Das Aristol brennt nicht, es tritt aber darnach eine ebensolche Verfärbung der Haut und Wäsche ein, wie nach Chrysarobin.

Herr Lassar ist von der Wirksamkeit des Mittels überzeugt; von den vorgestellten Patienten ist ein Kind seit 14 Tagen damit behandelt und vollständig geheilt, wobei er erwähnen möchte, daſs Bäder dabei nicht angewandt wurden.

L. Hoffmann-Berlin.

Russische syphilido-dermatologische Gesellschaft in St. Petersburg.

(*Wratsch* No. 1. 1890.)

Sitzung vom 30. Dezember 1889.

Dr. JAKOWLEW demonstriert einen Kranken von 53 Jahren, der im Jahre 1855 ein Ulcus induratum acquiriert hatte und im Jahre 1861 in der Klinik Prof. KALOKOWSKYS an einem knotigen Syphilid behandelt worden war, dessen Spuren noch deutlich vorhanden. 1871 knotiges Syphilid der Haut. Behandelt in der Klinik Prof. TARNOWSKYS — laut Krankenbogen. Nachdem bereits vor 18 Jahren gummöse Erscheinungen vorhanden gewesen waren, inficiert er sich im Jahre 1887 am 10. Okt. bei einer notorisch luetischen Frau, die zu der Zeit in Behandlung stand. Ulcus am äußeren Blatt des Präputiums, indurierter Boden, zwei charakteristisch geschwellte Inguinaldrüsen, Roseola und ein papulös-knotiges Syphilid des Rumpfes. Diagnose: **Reinfektion mit Syphilis.**

In der Diskussion wurde die Diagnose angegriffen und überhaupt die Unsicherheit der Reinfektionsdiagnose hervorgehoben. Prof. TARNOWSKY meint, daſs, wenn auch die Diagnose nicht absolut unanfechtbar sei, der Fall, als solcher, groſses Interesse beanspruche, insofern es eine groſse Seltenheit sei, daſs nach überstandenem Gummastadium noch Erscheinungen der kondylomatösen Periode zum Vorschein kommen.

E. Kroug-Hungerburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie.

Über die Ätiologie und die Diagnose der bösartigen Geschwülste, insbesondere derjenigen der Zunge und der Lippen, von F. v. ESMARCH. Mit vier Tafeln und Holzschnitten. (*Langenbecks Archiv.* Bd. 39. Heft 1.) ESMARCH beginnt diesen auf dem 18. Kongreſs der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gehaltenen Vortrag mit dem Geständnis, daſs er von seiner Verehrung für die Statistik bei Beantwortung ätiologischer und diagnostischer Fragen zurückgekommen sei. Die Statistik bringe in dieser Hinsicht dem erfahrenen Chirurgen wenig Neues. Die vorhandenen Statistiken über die Geschwülste seien auch nur von fraglichem Wert, da wir einerseits manche Geschwülste, z. B. die Aktinomykose erst in den letzten Jahren kennen gelernt hätten, anderseits auch viele diagnostische Irrtümer mit untergelaufen seien. ESMARCH führt zum Belege eigene Erfahrungen an und glaubt beim Durchsehen der einschlägigen Litteratur auf manche diagnostische Fehler anderer Forscher gestoſsen zu sein. Am häufigsten seien wohl Verwechslungen der Syphilome — E. möchte die veraltete Bezeichnung „Gumma" ganz gemieden sehen — mit Fibromen und Sarkomen, denen sie auch anatomisch am nächsten stehen, vorgekommen; wenigstens seien mehr als die Hälfte der in den letzten Jahren auf der Kieler chirurgischen Klinik aufgenommenen Sarkome als richtige Syphilome erkannt worden. Aber auch schon manche andere Neubildungen sind irrtümlich für Sarkom gehalten worden, so z. B. Tuberkulome und, was schon besonders verhängnisvoll wurde, die entzündliche Spontanfraktur am oberen Ende des Femur. Um sich in der Folge vor solchen Irr-

tümern zu schützen, ist die klinische Diagnose durch die — vor der Operation vorzunehmende — anatomische Untersuchung zu ergänzen und zu diesem Zweck seien sogar „gröfsere chirurgische Eingriffe als diagnostische Voroperationen erlaubt oder gar geboten.“ Wo nun aber eine wiederholte anatomische Untersuchung negativ ausfällt, da ist Verdacht auf Lues und eine längere Zeit durchgeführte, spezifische Behandlung am Platze; eine solche führt oft nach Monaten noch zu dem gewünschten Ziel.

Auch für die Erkenntnis der Ätiologie sei die Statistik schlecht zu verwenden. Sie lehrt nur, dafs viele bösartige Geschwülste nach allerlei Gelegenheitsursachen entstehen; aber wie viele Menschen trotz ähnlicher Schädlichkeit keine Geschwulst bekommen — die Frage läfst sie unbeantwortet. E. stellt nun die Hypothese auf, und führt dieselbe am Schlufs seines geistvollen Vortrages weiter aus: Dafs für die bösartigen Neubildungen der Enkel die Syphilis früherer Geschlechter verantwortlich zu machen sei. Erst weitere Forschungen werden in dieses dunkle Gebiet mehr Licht hineintragen. *Türkheim-Hamburg.*

Allgemeine Therapie.

Beitrag zur äufseren und inneren Anwendung des Ichthyols, von Prof. Nils Osen Gadde (Lund). (*Therap. Monatshefte.* 1889. No. 3.) Nach den von Unna formulierten Indikationen hat Verf. das Ichthyol innerlich und äufserlich angewandt und zwar zuerst bei der erythematösen Rosacea, bei der eine vollständige Heilung nach ca. 2 Monaten erzielt wurde. Auch in den sogenannten Akneformen der Rosacea hat er gute Wirkung des Mittels gefunden, doch gewöhnlich nicht in so kurzer Zeit. Bei Herpes Zoster will es den Anschein haben, als wenn beim innerlichen Gebrauch des Ichthyols die Vesikeln schneller trockneten. Günstige Wirkungen zeigten sich bei Urticaria, bei Purpura und Erythema nervosum. Durch Einreibung mit einer starken (50 %) Ichthyol-Lanolin-Salbe bei einem beginnenden Panaritium glaubt Verf. einige wenige Male Gelegenheit gehabt zu haben, das weitere Fortschreiten des Prozesses zu verhindern. Bei Pernio hat sich auch das Mittel vorteilhaft erwiesen. In mehreren Fällen von Alkoholismus chronicus besserte sich der Tremor ziemlich schnell, die Efslust stellte sich ein und der Schlaf wurde ein guter. Bei der Depression des Gemütes mit Angst und Unruhe, welche zuweilen den chronischen Magenkatarrh begleitet, hat Ichthyol wohlthuend gewirkt. Im chronischen Rheumatismus, bei Arthritis, bei Arthritis deformans und in vielen Fällen von Ischias wurden günstige Wirkungen erzielt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die blutstillende Wirkung der Penghawarwatte. Mitteilungen aus dem Ambulatorium des Dr. P. Michelson in Königsberg, von Dr. Noltenius in Bremen. (*Therap. Monatshefte.* 1890. Heft 3.) Unter dem Namen Penghawar Djambi kommen die goldgelben, seidenglänzenden Spreuhaare der Wedelbasen mehrerer auf Java und Sumatra wachsenden baumartigen Farne in den Handel. Dieses Mittel soll sich besonders bei parenchymatösen Blutungen bewähren. Das Penghawar Djambi verhält sich gegen Flüssigkeiten ablehnend, indem es tagelang auf dem Wasser schwimmt und ist selbst durch Untertauchen nicht leicht und nicht gänzlich mit Flüssigkeit zu tränken. Auch von einem Aufquellen der Fasern in Blut oder alkalischer Flüssigkeit konnte sich N. durch die mikroskopische Untersuchung nicht überzeugen. Nie hat er Eiterung beobachtet. Durch Experimente bestätigte sich die Vermutung, dafs das Penghawar Djambi einen erheblich höheren Grad der Elastizität besitzt als die einfache Wund-

watte. Daraus folgt, dafs dasselbe imstande ist, auf die Wandung einer Höhle einen konstanten, nicht unerheblichen Druck auszuüben, wodurch die Blutstillung zustande kommt. Es ist ferner, wenn auch nicht antiseptisch, so doch sicher aseptisch.

L. Hoffmann-Berlin.

Pharmakologisches.

Waschseife vom chemischen Standpunkte aus, von B. H. Paul. Ph. D (*Brit. Journ. of Dermat.* März 1890.) Das Haupterfordernis einer guten Waschseife welche keine nachteilige Einwirkung auf die Haut haben soll, ist das, dafs dieselbe vor allem völlig neutral sei. Verf. hat eine Reihe von 17 verschiedenen, im Handel viel vertretenen Toiletteseifen untersucht mit dem Resultat, dafs ein wirklich zuverlässiger Handelsartikel dieser Art noch immer nicht erzeugt wird. Nur fünf der untersuchten Präparate ergaben eine neutrale Reaktion, bei allen andern fanden sich ungebundene, unverseifte Alkalien. Dieses war sogar auch bei einem angeblich nach Unnas Vorschrift für überfettete Seifen hergestellten Erzeugnis der Fall, trotzdem eine auf diese Weise bereitete Seife 4 % unverseiftes Fett enthalten soll. Dr. Paul stellt dazu die Behauptung auf, dafs das Verhältnis von Fett zu den Alkalien, wie dasselbe in der Vorschrift angegeben ist, eine vollständige Verseifung des Fettes thatsächlich ermögliche. — Die weiteren, mehr chemisch als dermatologisch interessanten Auseinandersetzungen können im Referate nicht gut wiedergegeben werden.

Philippi-Nieheim.

Über Sozojodol, von Dr. A. Lübbert. (*Fortschritte der Medizin.* No. 22—23. 1889.) Auf Grund einer Reihe sorgfältiger, im Laboratorium von Dr. Lehne zu Berlin angestellter Versuche kommt Verf. zu dem Ergebnis, dafs dem Sozojodol sowie seinen verschiedenen Salzen eine nicht unbedeutende antibakterielle Wirkung beiwohnt.

Türkheim-Hamburg.

Über die Zusammensetzung des Oleum cinereum, von K. Ullmann, Sekundararzt des Wiener Allgemeinen Krankenhauses. (*Wiener med. Wochenschr.* No. 24—26. 1889.) Verf. hat auf experimentellem Wege namentlich die Frage zu beantworten gesucht, ob das 1884 von E. Lang in die Praxis eingeführte Oleum cinereum ein gleichmäfsiges Präparat sei. Zu diesem Zweck hat er sich selber ein Gemenge aus bestimmten Teilen Hg, Lanolin. anhydr. und Ol. oliv. hergestellt und so lange verrieben (6 Stunden lang), bis auch mit der Lupe in dem Präparat kein freies Quecksilber mehr erkennbar war. Alsdann wurden diesem Präparat mittelst Pinzette gleiche Teilchen entnommen und aus diesen durch Entfernung des Fettes mittelst Chloroform das Hg wieder isoliert. Alle Proben enthielten nun in fast gleicher Menge reines Quecksilber, so dafs wir also ein sorgfältig hergestelltes Oleum cinereum als ein gleichmäfsiges Präparat betrachten dürfen. *Türkheim-Hamburg.*

Physiologisches.

Über den Ursprung des Milchfettes, von L. Reininghaus. (Inaug.-Dissert. Göttingen 1889. W. Fr. Kästners Buchdruckerei.) Die Arbeit, die mit umfassender

Kenntnis der einschlägigen Litteratur geschrieben ist, kommt auf Grund zahlreicher mikroskopischer Untersuchungen von Tier- und Menschen-Brustdrüsen in verschiedenen Zeiten der Milchbildung zu wichtigen Schlüssen: Das Epithel der Brustdrüse ist in allen Entwickelungsstadien einschichtig. Das Milchfett entsteht nicht durch Verfettung und Zerfall der Epithelzellen, wie gemeinhin angenommen wurde, sondern wird in den Drüsenzellen gebildet; letztere ersetzen ihr dabei verloren gehendes Protoplasma wieder durch Neubildung. — Die vor einiger Zeit von Winkler und Rauber aufgestellte Lehre, wonach das Milchfett aus dem Zerfall zahlreich eingewanderter Blut- und Lymphkörperchen stamme, hat sich Reininghaus bei seinen Untersuchungen ebenfalls nicht bestätigt. *Türkheim-Hamburg.*

Cirkulationsstörungen.

Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der hämorrhagischen Infektion, von Guido Tizzoni und Sebastiano Giovannini. (*Beiträge zur pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie.* Bd. VI.) Ein kleiner Knabe, der seit einigen Tagen an Impetigo capitis litt, wurde plötzlich von hohem Fieber und Schüttelfrost befallen, das Gesicht wurde ödematös, Blutungen aus dem Ohr; hämorrhagische Flecke auf der Haut stellten sich ein; Harnmenge sehr vermindert, stark eiweifshaltig. In den nächsten Tagen sank die Temperatur bis zur Norm, während Hämorrhagien und Blutungen aus dem Ohr zunahmen; Blutgeschwulst an der linken Seite des Halses; Erbrechen. Tod am vierten Tage nach dem Schüttelfrost. — Der nämliche Krankheitsverlauf, gleichfalls mit Ausgang in Tod, bei einer älteren Schwester, die mit dem Knaben zusammengeschlafen hatte. — Ein jüngerer Bruder, bei dem die Impetigo sofort antiseptisch behandelt wurde, blieb von weiterer Erkrankung verschont.

In den beiden tötlich verlaufenden Fällen hatte es sich um Impetigo contagiosa und Purpura maligna acuta gehandelt.

Bei der eingehenden bakteriologischen Untersuchung des einen Falles (6jähriges Mädchen), in welchem die Sektion gestattet war, fand sich aufser dem Staphylococcus pyogenes aureus in den Blutinfiltraten und den Impetigopusteln der Haut noch ein zweiter, bisher nicht beschriebener Bacillus. Im ersteren sehen die Verff. den Urheber der Impetigo, während letzterer nach ihrer Ansicht der spezifische Pilz der Purpura maligna ist. Dieser Pilz gedeiht bei Brut- und bei Zimmertemperatur auf allen Kulturmitteln. Seine Kolonien gleichen am meisten denen des Streptococcus pyogenes, während die einzelnen Pilze die gröfste Ähnlichkeit mit denen der Mäuseseptikämie aufweisen, Sporenbildung haben die Verff. nie beobachtet. Spritzten sie nun Kulturen dieses Pilzes in das Unterhautbindegewebe von Hunden, Kaninchen oder Meerschweinchen, so entstand bei den genannten Tieren ein den oben mitgeteilten Krankengeschichten völlig entsprechendes und gleichfalls tötlich verlaufendes Krankheitsbild, dagegen blieben die Tiere bei Einführung des Bacillus in den Magen, das Blut oder die serösen Höhlen ganz gesund. Die einzelnen Organe der gestorbenen Tiere wurden genau untersucht, es fand sich auch hier, wie bei den Leichen der an Purpura maligna verstorbenen Menschen, namentlich Koagulationsnekrose der Leber- und Nierenzellen. — Nach vorhergehender Impfung mit einer sterilisierten Kultur des Bacillus erwiesen sich die Tiere zeitweise immun gegen das Virus. — Dies die wichtigsten Thatsachen der inhaltreichen Arbeit; wegen der Einzelheiten, namentlich auch wegen der interessanten Schlufsfolgerungen, zu denen die Verff. gelangen, sei auf das Original verwiesen.

Türkheim-Hamburg.

Akutes Glottisödem nach Jodkaliumgebrauch, von Dr. A. Groenouw. (*Therap. Monatshefte*. 1890. No. 3.) Aus vier mitgeteilten Beobachtungen lassen sich nach dem Verf. folgende Schlüsse ziehen: 1. Nach dem Gebrauch von Jodkalium tritt in einigen seltenen Fällen ganz plötzlich eine auf Glottisödem beruhende hochgradige Dyspnoe ein, welche die schleunige Vornahme der Tracheotomie notwendig machen. 2. Dieses Symptom entsteht nicht etwa durch längeren Jodkaliumgebrauch oder durch sehr groſse Dosen dieses Mittels; im Gegenteil tritt der Erstickungsanfall schon nach relativ kleinen Gaben meist innerhalb der ersten Tage oder Stunden ein. 3. Andere Erscheinungen von Jodismus fehlen häufig. 4. Die Ursache für diese Zufälle ist ebenso wie überhaupt für den akuten Jodismus nicht in gewissen Verunreinigungen des Jodkalium etwa durch jodsaure Salze zu suchen. 5. Die eigentliche Ursache ist in einer Idiosynkrasie des betreffenden Individuum gegen Jodkalium zu suchen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Noch ein Fall von Idiosynkrasie gegen Tannin bei äuſserlicher Anwendung, von Dr. M. Schramm in Dresden. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1890. No. 12.) Im Jahre 1877 hat Verf. einen Fall beobachtet, bei dem nach Anwendung einer Tanninsolution (2,5 : 300) durch die Nasendouche sich neben allgemeinem Krankheitsgefühl und Kopfschmerzen ein urticariaähnlicher Ausschlag auf dem ganzen Körper einstellte, Erscheinungen, die jedesmal wieder nach dem Gebrauch von Tannin auftraten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über das **Erythema nodosum palustre,** von Dr. Boïcesco. (*Archives roumaines de médecine.*) Diese Krankheit, oder besser gesagt, dieses Symptom wurde bei Erwachsenen noch nicht beobachtet, dagegen häufig bei Kindern und namentlich bei jungen Mädchen. Es wird von Fieberanfällen begleitet und verschwindet gleichzeitig mit diesen. Seine Prognose hängt von der Dauer der letzteren ab.

H. Fournier-Paris.

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

Traumatische Entzündungen.

Über Akne bei Flachsspinnern, von Dr. H. S. Purdon. (*Brit. Journ. of Dermat.* Februar 1890.) Im Anschluſs an Leloirs Beschreibung der Folliculitis der Spinner erwähnt Purdon in Kürze das von ihm seit 25 Jahren beobachtete, häufige Auftreten einer Akneeruption auf den Vorderarmen und den Schultern bei den sogen. „Doffers." Mit letzterem Namen bezeichnet man in den Leinenfabriken die Kinder, welche die Aufgabe haben, die Spinnrahmen zu leeren, zu putzen und ölen. Namentlich die Thätigkeit des Einölens, besonders bei Anwendung bestimmter, angreifenderer Ölsorten scheint den Ausschlag hervorzurufen. Die Haut ist dabei trocken, oft rauh anzufühlen und mit einem papulo-pustulösen Ausschlag bedeckt. Gewöhnlich findet man während der Anfangsstadien im Centrum der Papeln einen kleinen schwarzen Punkt, den verstopften Ausführungsgang der Hautdrüsen. Eine Verwechselung der Affektion mit Variola ist namentlich, wenn gleichzeitig sich das „Fabrikfieber" einstellt, oft keineswegs leicht zu vermeiden. Die Behandlung ist einfach, Aufgabe der Beschäftigung, Schwefelsalbe. Mit bezug auf die Atiologie ist noch nachzutragen, daſs nach Prof. Hodges Untersuchungen der Flachs verschiedene Bestandteile enthält, welche auf die Haut schädlich wirken können. *Philippi-Nieheim.*

Neuritische Entzündungen.

Herpes progenitalis, von G. F. Lydston M. D. (*Med. News*. 1890. Februar 8.) Verf. gibt eine kurze Schilderung des Leidens nach den Publikationen anderer Autoren, namentlich Unnas. Im Gegensatz zu andern Beobachtern betont er alsdann den Einfluſs der Syphilis bei der Entstehung desselben. Letztere sei auf zweifache Weise wirksam: einmal entstehe (bei manchen Patienten wenigstens) eine lokalisierte Empfindlichkeit als Folge des die syphilitische Infektion bewirkenden primären Geschwürs, und zweitens führe die Syphilis oftmals zu Innervationsstörungen und somit zu trophischen Störungen als Folge der Einführung des syphilitischen Giftes, übermäſsiger therapeutischer Eingriffe oder der geistigen Depression. Eine ganze Reihe von Verf.s Herpesfällen betraf Luetiker. Nach einem kurzen Hinweis auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose zwischen Herpes- und Schankergeschwüren und der betreffenden Unterscheidungsmerkmale bespricht Verf. zum Schluſs die nötigen therapeutischen Maſsregeln. Das Zinkoleatpulver (Parke Davis & Co.) hat sich ihm am besten bewährt. Sonst sind Kalomel, Zinkoxyd, Magisterium Bismuthi und Bismuthsubkarbonat, sowie Lykopodium nützlich. Ferner Lösungen von Zinkjodid (0,3—0,6 : 30,0) oder Alaun (1,2—1,8 : 30,0). Bei lebhaften Schmerzen ist es gelegentlich nötig, dem Streupulver Morphium oder Cocain zuzusetzen. Innerlich sind Tonica, auch Arsenik, Bromkalium und Ergotin zuweilen indiciert. *Philippi-Nieheim.*

Akute Exantheme.

Über das Jucken beim Scharlach, von Dr. Saint Philippe. (*Revue des Maladies de l'enfance*. Paris, chez Doin.) Dies Phänomen, welches in zahlreichen Abhandlungen nicht angegeben ist, ist in den Augen des Verf.s viel gewöhnlicher als man glaubt, weil er mehr als 40 Beobachtungen darüber zu verzeichnen hat. Das Jucken ist auſserdem ein günstiges Symptom; die Scharlachfälle, wo es angetroffen wird, sind leicht oder mittelschwer, niemals bösartig.

Es kann sich entwickeln dadurch, daſs der Pruritus gewöhnlich bei solchen Hautaffektionen vorkommt, welche sich bis auf den Papillarkörper erstrecken, was bei den leichten Scharlachfällen zuzutreffen scheint, im Gegensatz zu den schweren, wo eine intensivere Entzündung vorhanden ist.

Dieses Jucken, dem ein wirklicher Wert bezüglich der Prognose beizumessen ist, sitzt hauptsächlich auf dem Rücken und dem Unterleib, und existiert isoliert von allen andern speziellen Hautsymptomen. *H. Fournier-Paris.*

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Über die Krätze. Vorlesungen von Prof. Fournier. (*Union médicale*. 20 bis 27. Februar 1890.) Ein groſser Teil der dritten Vorlesung ist der Behandlung der Krätze gewidmet. F. protestiert gegen die Auffassung, welche die schnelle Be-

handlung verwirft und sieht es geradezu als einen Fehler an, wenn man auf eine langsamere Behandlung wieder zurückgreift, denn man kann die erstere mit den Worten begründen: „Wirkung heifst Sparsamkeit.“

Die Einreibung ist sehr erschwert unter folgenden 2 Bedingungen.

1. Bei Erwachsenen, jedesmal wenn die Haut sich stark entzündet durch Ekzem, Lymphangitiden und ausgebreiteter Furunkulose. In diesen Fällen ist die Methode in der That sehr schmerzhaft und vermehrt nur die accidentelle Entzündung, resp. ruft eine neue hervor.

2. Die forcierte Behandlung ist gleichfalls erschwert bei Kindern, namentlich bei kleinen und vorzüglich bei Brustkindern. Sie verursacht bei diesen ausgedehnte ekzematöse Dermatitiden, reizt das Nervensystem und kann mit Krämpfen endigen.

Die Behandlung wird also eine sehr vorsichtige sein in den Fällen, wo die Ausbrüche der Krätze nicht sehr stark sind, und das ist ungefähr der Fall in 80 %.

H. Fournier-Paris.

Einfache und wirksame Methode der Scabiesbehandlung, von Sam. Sherwell (*New York. Med. Journ.* 8. Februar 1890.) Bei Gelegenheit der 84. Jahresversammlung der Med. Soc. State of New York empfiehlt Verf. die Anwendung der Schwefelblume als eines wirksamen Antiscabiosum. Dieselbe wird an den affizierten Körperteilen eingerieben und auf Bett- und Leibwäsche gestreut. Die Wirkung soll zuverlässig sein. *Philippi-Nieheim.*

Dr. R. W. Taylor verschreibt gegen **Scabies** (*Med. News.* 1. März 1890.) zunächst ein tüchtiges Abseifen in einem 30° R. heifsen Bade, dem ein Pfund Soda zugesetzt wird, worauf nach dem Abtrocknen eine Salbe aus Balsam. Peruvian, und Lac. sulphuris ãã 4,0 auf Vaseline 30,0 eingerieben wird und die Nacht über liegen bleibt. Alles Trinken ist dabei zu vermeiden. In der Privatpraxis müsse eine im Laufe von 8 Tagen erfolgreiche Kur als eine genügend schnelle bezeichnet werden.

Philippi-Nieheim.

Samuel Sherwell (Brooklyn). **Einige dermatologisch-therapeutische Bemerkungen.** (*The New York Medical Journal.* 19. Oktober 1889.)

I. Gegen Scabies empfiehlt Sh. Einpudern der erkrankten Teile, sowie der Leib- und Bettwäsche mit Schwefelblumen. Er will davon immer Erfolg gesehen haben.

II. Ekzema ani. Dies Leiden werde häufig durch nur unbemerkt bleibenden Fissura Recti verursacht, die sich noch über den Sphincter ani hinaus erstrecke. Behandlung mit häufig wechselnden medikamentösen Ausspülungen und mit Bougies.

III. Ekzema und Sykosis der Oberlippe. In diesen Fällen ist gewöhnlich die Nase mit erkrankt und mufs in erster Linie behandelt werden.

Türkheim-Hamburg.

Über Aristol bei Psoriasis, von Dr. Lassar. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1890. No. 12.) In der Sitzung der Berl. med. Gesellschaft vom 12. März demonstrierte Herr Lassar einen Patienten, bei dem das Aristol mit Erfolg bei Psoriasis angewandt ist. Die Wirkungen des Mittels, wie Eichhoff sie veröffentlicht hat, kann Lassar insoweit bestätigen, als dasselbe die Psoriasisefflorescenzen in derselben Weise, wie Pyrogallussäure und Chrysarobin beseitigt, ohne dafs es Reizerscheinungen bewirkt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Das Aristol in der Behandlung der Psoriasis, von Dr. Schirren. Aus Dr. Lassars Privatklinik für Hautkrankheiten. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 11.)

Der Aufsatz ist etwas ausführlicher als die in der dermatologischen Vereinigung mitgeteilten Angaben. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Frage der Infektiosität des Favus, von A. A. Krassin. (*Wratsch.* No. 9. 1890.) Verf. schildert den Verlauf von Favus bei drei Geschwistern, Schülern eines geistlichen Seminars. Dieselben waren 2—3 und 7 Jahre in Beobachtung. Trotzdem die Brüder immer in Gesellschaft von 10 bis 12 andern Schülern lebten, häufig in einem Bette mit andern schliefen, sei doch kein einziger weiterer Fall von Favus in dieser Zeit vorgekommen. Schlufsfolgerung: 1. Die Ansteckungsgefahr vonseiten favuskranker Schulkinder für ihre Mitschüler ist keineswegs grofs. 2. Das Verbot des Schulbesuches für favuskranke Kinder ist nur mit grofser Vorsicht zu handhaben, darf nur temporär sein und das unantastbare Recht eines jeden Menschen auf Bildung nicht beeinträchtigen. *Dr. Kroug-Hungerburg.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Über das Vorkommen von Tuberkulose der inneren Organe bei Lepra, Beaven Rake M. D. (*Brit. Journ. of Dermat.* Februar 1890.) Im Anschlufs an seine früheren Beobachtungen über Nierenaffektionen bei Lepra (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* 1889. Bd. pag.) sucht Verf. an der Hand von 27 eingehend klinisch und pathologisch-anatomisch untersuchten Fällen der Frage von dem Zusammenhang zwischen Lepra und Tuberkulose der inneren Organe näher zu treten. Andere Autoren (Danielssen, Arning) haben die vom Verf. geteilte Ansicht ebenfalls ausgesprochen, dafs die bei Lepra so häufig beobachtete Entwickelung von Tuberkeln in Lunge, Leber, Nieren, Milz u. s. w. auf die Einwirkung des Bacillus Leprae zurückzuführen sein dürfte. Die Häufigkeit dieser Komplikation ist bei den verschiedenen Formen der Lepra (tuberös, anästhetisch, gemischt) eine ziemlich gleichmäfsige. Die Entwickelung der Tuberkeln findet hier wie sonst nach zwei Haupttypen statt: einmal beobachtet man allgemein verstreute, miliare Tuberkel, so namentlich auf den serösen Häuten, und zweitens gröfsere gelbe Tuberkel, welche die Neigung zur Verkäsung und Erweichung bekunden; diese kommen am häufigsten in der Lunge vor. Die Lebensdauer der Kranken scheint durch diese Komplikation merkwürdigerweise nicht verkürzt zu werden, denn während Verf. die Durchschnittsdauer der Lepra auf $8^1/_2$ Jahre berechnete, stellt sich dieselbe bei den mit Tuberkulose der inneren Organe komplizierter Fälle auf 10 Jahre. Bei Nierenkomplikationen hatte Verf. sogar eine Durchschnittsdauer von fast 13 Jahren konstatiert. Es sind hiermit mehrere interessante Fragen aufgeworfen und der Weg zu deren Lösung vorgezeichnet und zum Teil geebnet; weitere Beiträge zu deren Lösung werden mit Dank aufgenommen werden.

Philippi-Nieheim.

Über einen anscheinend ausgeheilten Fall von Lepra, von Dr. G. H. Fox. (*New York Med. Journal.* 1890. Februar 15.) Vor der Medical Society of the State ot New York berichtete Dr. Fox über einen an typischer Lepra erkrankten Mann, der durch systematische Darreichung von Chaulmoograöl sich einer bis auf Taubheit der Finger vollständigen (wie es scheint) Heilung erfreut. Im Jahre 1884 waren alle

leprösen Flecke aut der Haut verschwunden, und seit der Zeit hat Patient, der vorher die exquisitesten, typischen Symptome dargeboten hatte, abgesehen von besagter Taubheit der Finger, sich einer vollständigen Heilung erfreut.

Philippi-Nieheim.

b. *Tuberkulose.*

Über Tuberculosis verrucosa cutis, von Dr. Oscar Brugger in Würzburg. (*Virchows Archiv*. Bd. 119.) Der 22jährige Patient, der mit diesem Leiden behaftet ist, gab anamnestisch an, dafs die Krankheit schon vor 15—18 Jahren begonnen hat; er erinnere sich, dafs das rechte Bein von Kindheit an geschwollen, gerötet und häufig der Sitz von Geschwüren und Abscessen war, die indessen nach Operationen (Auskratzen) bald heilten. Das rechte Bein ist von einer Menge älterer und jüngerer Narben bedeckt, etwas verdickt, die Formen sind plump. Die Haut fühlt sich hart und derb, lederartig an, die Palpation ergibt eine resistente Unterlage. Auf der Achillessehne und über dem Fufsrücken ist dieselbe mit jüngeren, bläulich roten, derben, glänzenden Narben bedeckt, in deren Umgebung verschiedene, teils gröfsere, teils kleinere Erhebungen der verdickten Haut über das allgemeine Niveau sich befinden. Besonders auf der Lateralseite des Fufses, dem Os metatarsi quinti parallel laufend, zeigen sich neben mehreren kleineren Plaques drei ungefähr 2—3 cm lange, 1—2 cm breite und und etwa $^1/_2$ cm hohe mit breiter Basis aufsitzende Wucherungen, deren Rand etwas überhängend ist. Auf der Innenseite des Oberschenkels ist im oberen Drittel eine alte, etwa 6 cm Durchmesser besitzende Narbe, darunter zwei jüngere, noch etwas ausgedehntere, die noch mit einem eingetrockneten Sekret bedeckt sind. Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Hautpartien ergibt, dafs es sich um eine eigentümliche Form von Hauttuberkulose handelt, welche Annahme durch den Befund der Tuberkelbacillen zur Gewifsheit wurde. Letztere waren teils in epitheloiden, teils in Riesenzellen, teils auch frei im Granulationsgewebe verteilt. Neben den Bacillen fanden sich auch bisweilen einzelne kleine Körnchen oder kokkenartige Anhäufungen von solchen, die die typische Farbenreaktion der Tuberkelbacillen zeigen und die der Verf. für Zerfallsformen von solchen zu halten geneigt ist. Impfungen auf Meerschweinchen ergaben 6 Wochen nach der Impfung einen Knoten an der Impfstelle unter der Haut und starben die Tiere etwa 8 Wochen nachher an Miliartuberkulose. In bezug auf die Ätiologie glaubt Verf. anzunehmen, dafs der Patient als Kind, wie es in jener Gegend selbst in den besseren Ständen vorkommt, baarfufs gegangen und in tuberkulöses Sputum hineingetreten sei, wobei die Infektion durch eine kleine Hautwunde erfolgt ist. *L. Hoffmann-Berlin.*

Fall von Tuberculosis papillomatosa cutis, von Prince A. Morrow. (*Journ. of Cuteousan and genito-urinary diseases*. Oktbr., Nov. 1888.) Der ausführlich beschriebene Fall ist insofern interessant, als er wegen seines Aussehens anfänglich mit Syphilis verwechselt und dementsprechend behandelt wurde, bis eine ausführlichere Anamnese die Diagnose berichtigte. Eine beigefügte chromo-lithographische Tafel veranschaulicht in schöner Weise den Sitz des Ausschlags im Gesicht und seine papillomatöse Form, die an spitze Kondylome erinnert.

Türkheim-Hamburg.

Lupus und Tuberkulose des Auges, von Dr. A. Trousseau. (*Bullet. et mém. de la société française d'ophthalm.* 1889.) Eine sehr kurze aber wegen der allgemeinen Gelehrsamkeit des Verf.s in seinem Spezialfach äufserst instruktive Arbeit; sie trägt viel zur Klärung der Frage über die Identität der Tuberkulose und des Lupus bei,

welche von Besnier, Quinquaud, Aubert, Renouard, Laillier und Mathieu, und hauptsächlich von Leloir bewiesen wurde. Der letztere hat die Möglichkeit der Infektion mit Tuberkulose durch Lupus aufser allen Zweifel gesetzt dadurch, dafs er die Einwanderung der betreffenden Produkte von einer lupösen Stelle an der Hand durch die Lymphgefäfse hindurch in die Achsellymphdrüsen und von dort zu einem tuberkulösen Lungenherd verfolgen konnte.

Trousseau beobachtete in der Klinik der Quinze-Vingts eine junge 21jährige Frau, welche von Lupus der Conjunctiva befallen war und sich deshalb mehreren Operationen unterziehen mufste, darunter der Kauterisation und Auslöffelung der erkrankten Partien, welche man Kaninchen ins Auge implantierte.

Beim ersten Versuchstier wurde ein Lupusstückchen in die vordere Augenkammer eingebracht, ohne die Iris zu berühren; 8 Tage nach der Operation war alles resorbiert, weitere 12 Tage später jedoch begann die Iris sich aufzublähen und in Falten zu legen. Gleichzeitig erschienen auf ihrer Oberfläche kleine weifse Punkte, welche sich rapid vergröfserten, sich anhäuften zu einem Tumor von der Gröfse einer kleinen Erbse, welche selbst wieder von kleinen Tuberkeln umgeben war, die die ganze vordere Augenkammer anfüllten, und zwei Monate später nur leicht zurückgingen, ohne ganz wieder zu verschwinden.

Beim zweiten Kaninchen machte man keine Inokulation in die Augenkammer, welche uneröffnet blieb, sondern in die Cornea selbst. Das kleine Stückchen lupösen Gewebes wurde gleichmäfsig vom 8.—10. Tage resorbiert, aber 15 Tage später erschienen auf der Cornea zwei oder drei kleine gräuliche Punkte, welche sich innerhalb zweier Monate vermehrten, um dann resorbiert zu werden; denn 3 Monate später fand man nicht die geringste Spur mehr davon.

Der wichtigere Faktor, welcher aus diesen Experimenten gefolgert wird, besteht in der vollständigen Resorption der lupösen Produkte und in dem Auftreten neuer Tumoren an solchen Teilen, welche ihrer ursprünglichen Integrität wieder anheim gefallen zu sein scheinen. Es hat eine Formation neuer Elemente stattgefunden nach der Resorption der pathologischen Produkte, welche die Cornea und vordere Augenkammer einfach besäet haben; die letztere scheint einen sehr günstigen Nährboden abzugeben, denn die Knötchen haben sich darin gänzlich zerstreut, anstatt sich abzukapseln wie in den Schichten der Cornea.

Trousseau wiederholte seine Versuche noch an anderen Kaninchen, aber mit Produkten, welche von einem andern Kranken herstammten, und ist zu demselben Resultat gelangt.

Die mikroskopische Untersuchung wurde von Dr. Haensell äufserst sorgfältig ausgeführt und ergab alle Kennzeichen der Tuberkulose. Gibt es etwas Beweisenderes und existiert gegen die symptomatische Einheit des Tuberkels ein besseres Argument als die Bildung neuer Produkte in dem Auge wahrscheinlich durch die Inokulation von Lupus und freier Tuberkulose hervorgerufen?

Der Augapfel bildet also nach Trousseau ein ausgezeichnetes Feld für das Verständnis des Verhältnisses zwischen Lupus und Tuberkulose.

H. Fournier-Paris.

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

c. *Syphilis.*

Primärer Schanker der Conjunctiva, von F. W. Marlow M. D. (*New York. Med. Journ.* March. 1. 1890.) Schanker des Lidrandes ist nicht so erheblich selten. Dagegen ist das Vorkommen eines Ulcus durum auf der Konjunktiva sehr selten.

Verf. hat nur vier Fälle in der Litteratur verzeichnet gefunden. Der seinige betraf eine 49jährige Witwe, welche ihr an hereditärer Syphilis schwer erkranktes Enkelkind gepflegt hatte. Das obere Lid war geschwollen, ödematös und am inneren Canthus deutlich induriert. Geschwürsbildung wurde erst mehrere Tage später konstatiert — eine vollständige Besichtigung aller Teile der Schleimheit war wegen der Schwellung derselben nicht möglich gewesen. Erhebliche Schwellung der präauricularen und submaxillaren Drüsen und Schmerzen. Bei antisyphilitischer Behandlung rasche Besserung. *Philippi-Nieheim.*

Über die Ausscheidungsgröfse des Quecksilbers bei den verschiedenen Arten seiner Anwendung, von Dr. Rud. Winternitz. (*Archiv für Dermatol. und Syphilis.* 1889. Heft 6.) An dem umfangreichen Material der Kliniken Breslau und Prag sucht Verf. die Ausscheidungsgröfse des Quecksilbers festzustellen, und betrafen seine Untersuchungen die drei jetzt häufigsten Applikationsmethoden von Hg, die epidermatische, interne und hypodermatische. Wie zu erwarten war, ist die Aufnahme und Ausscheidung von Hg nach dem Injektionsverfahren viel erheblicher, als bei den anderen Applikationsmethoden, auch unterscheiden sich die unlöslichen Salze bei der üblichen Konzentrations- und Verabfolgungsweise angewandt, kaum von den löslichen, wenn letztere in geringerer Konzentration rasch aufeinander gemacht wurden, nur findet bei den unlöslichen Salzen noch lange Zeit nach dem Aussetzen der Injektionen eine Ausscheidung wägbarer Mengen Hg statt.

Was nun den Heilwert der einzelnen Applikationsmethoden anbelangt, so beruht nach des Verf. Ansicht die langsame und unsichere Wirkung der internen Therapie auf der ungenügenden Resorption; die prompte Wirkung des Injektionsverfahrens ist als Mengenwirkung aufzufassen, ebenso die der lokalen, epidermatischen Therapie. *Gründler-Dresden.*

Kasuistischer Beitrag zur Frage vom Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes, von H. Leloir. Quelle? Ein Tabetiker holte sich 5 Jahre nach dem Bestehen seiner Tabes einen harten Schanker; unter dem Einflufs der Syphilis schien das ursprüngliche Leiden dann schnellere Fortschritte zu machen. L. schliefst daraus, dafs, wo man Tabes und Syphilis zusammen trifft, die eine nicht immer durch die andere bedingt zu sein braucht. *Türkheim-Hamburg.*

Beitrag zur Beurteilung des Wertes der verschiedenen Quecksilberpräparate in der Syphilis, von Dr. Erich Lexer. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* 1889.) Der Verf. untersucht die Häufigkeit der Recidive der Syphilis nach Anwendung von

1. Hg peptonatum
2. Hg formamidatum
3. Hg oxydulatum tannicum
4. Hg oxydatum carbolicum
5. Hg salicylicum
6. Hg bichloratum corrosivum
7. Oleum cinereum, und kommt zu dem Schlufse, dafs nächst den Einreibungen mit Ungt. ciner. (9% Recidive), die Injektionen von Sublimat (13%), die besten Resultate liefert. Dazu kommt Hg-salicylat mit 15%; das schlechteste Resultat ergaben Hg-tannicum oxydulatum (18%) und Hg-oxydatum carbolicum (27%). Die betreffenden Patienten bekamen 8—10 Tage vor der Entlassung 1,0—3,0 Kalium jodatum pro die, (was jedenfalls bezüglich des Recidivierens der Syphilis nicht ohne Einflufs gewesen zu sein scheint. Ref.) *P. Taenzer-Leipzig.*

Über einen Fall von Syphilis, in welchem mehrere Finger beider Hände kalt und bläulich wurden; Verdacht auf Arteriitis, von Hermann G. Klotz. (*The American Journal of the Medical Sciences*. Aug. 1889.) Der etwas langatmige und so ziemlich alles Wissenswerte enthaltende Titel ist einer gleichlautenden Veröffentlichung Hutchinsons nachgebildet. Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen 25jährigen Schlachter, bei dem im Verlauf der Syphilis verschiedene Finger erst blafs, dann kalt und bläulich wurden; zugleich stellte sich heftiger Schmerz ein. Nach einigen Wochen bildete sich unter geeigneter Behandlung alles wieder zur Norm zurück. Verf. glaubt, sämtliche Symptome am besten aus einer Arteriitis der kleinen Phalangealgefäfse erklären zu können; es sei dabei nur zu einer teilweisen Obliteration der Arterien gekommen. Den Einwand, dafs man ein solches obliteriertes Gefäfs als derben Strang durch die Haut hindurchfühlen müsse, hält er nicht für stichhaltig. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilomes chancriformes, von Leloir. Diese als Monographie vorliegende kleine Abhandlung bespricht in Kürze die Thatsache, dafs der Ort der ersten Infektion häufig in späteren Jahren der Sitz von schankriformen Syphilomen (Leloir) zu sein pflegt, die mit einer gewissen Regelmäfsigkeit in jedem Frühjahr von neuem auszubrechen pflegen. Da eine Allgemeinbehandlung sich diesen Syphilomen gegenüber vielfach machtlos erweist, so hat L., davon ausgehend, dafs an solchen Stellen oft latente Syphiliskeime liegen bleiben, eine örtliche Hg-Behandlung eingeschlagen, mit deren Erfolgen er durchaus zufrieden ist. *Türkheim-Hamburg.*

Erfahrungen über den Gebrauch des Oleum cinereum, Karl Ullmann (Wien). (*Wiener Med. Blätter*. 1889. No. 38—46.) Die Arbeit beschäftigt sich fast ausschliefslich mit dem Verfahren der Anwendung des grauen Öles und seinen Vorzügen vor ähnlichen Präparaten, und berührt die günstigen Erfolge nur ganz vorübergehend. Sie enthält daher zum gröfsten Teil Vorschriften über die Technik, die teils aus theoretischen Gründen hergeleitet, teils durch die Erfahrung erprobt sind. Besonderes Gewicht legt U. auf eine genaue Dosierung der einzuspritzenden Menge, die im Mittel 0,1 bis höchstens 0,2 ccm für jede Einspritzung nicht überschreiten soll. Er macht dabei auf den Umstand aufmerksam, dafs 9 von ihm auf ihren Inhalt untersuchten Pravazspritzen im Durchschnitt 1,2 g Flüssigkeit aufzunehmen vermochten. Die zu verwendende Kanüle soll eine Länge von 3 cm haben. Die Einspritzungen machte U. meistens in das subkutane Gewebe des Rückens. Resorption erfolgte nach seinen Erfahrungen (1411 Einspritzungen bei im ganzen 284 Patienten) in spätestens etwas über einen Monat. In der Regel erfolgte wöchentlich nur eine Einspritzung bis zum Schwinden aller Symptome. Die örtliche Reaktion war meistens eine ganz geringe. Nur 9 mal kam es zur Fluktuation, die nur einmal aufbrach, während die fluktuierende Masse in den übrigen 8 Fällen wieder resorbiert wurde. Der einer solchen fluktuierenden Geschwulst entnommene Eiter war völlig bakterienfrei. Verf. glaubt auch nicht an die infektiöse Natur derartiger entzündlicher Infiltrate, dieselben tragen vielmehr mikroskopisch das Gepräge der Gewebsnekrose.

Einen längeren Abschnitt, der wie die ganze Arbeit ziemlich polemisch gehalten ist, widmet U. alsdann den Nebenerscheinungen bei der Behandlung mit Ol. cinereum. Er selber hat bei der nötigen Vorsicht fast nie ernste Vergiftungen erlebt und ist eher geneigt, die von anderen mitgeteilten Fälle einer mangelhaften Technik oder zu dreisten Anwendung des Hg, als einer individuellen Idiosynkrasie gegen Quecksilber zuzuschreiben. *Türkheim-Hamburg.*

Die Rolle der Syphilis in der Ätiologie der Tabes dorsalis und der

Paralysis progressiva der Geisteskranken, von S. VERNEL. (*Progrès médical.* 22. Februar 1890.) Der Verf. studiert die Beziehungen der Tabes und der Dementia paralytica zur Syphilis und kommt zu dem Schluſse, daſs die Tabes kein Symptom der Syphilis ist, sondern eine ganz andere Krankheit, in derem Ursprung die Syphilis eine indirekte Rolle spielt. Sie bewirkt die Gefäſsveränderungen, von wo aus die tabetischen Erscheinungen auftreten, und zwar viel leichter bei einem von Syphilis betroffenen, als bei einem von dieser Krankheit noch nicht befallenen Individuum.

Dr. VERNEL fragt sich auſserdem, ob es gleichgültig, um nicht zu sagen schädlich sei, Hg in allen Fällen von Tabes zu geben, weil dieses Medikament gerade Gefäſsveränderungen herbeiführen kann. *H. Fournier-Paris*

Saprophyten und Fremdkörper.

Über einen Fall von Maculae caeruleae, von FRED. LEVISEUR. (*Jour. of Cut. and genito-urinary Diseases.* Nov. 1889.) Verf. bestätigt an der Hand eines von ihm beobachteten Falles die von FALOTS Schülern (1868) gemachte Angabe, daſs die von TROUSSEAU, GRIESINGER u. A. beschriebenen „tâches bleues“ auf die Einwirkung von Pediculi pubis zurückzuführen seien. Ein 22jähriger, an gonorrhoischer Epididymitis behandelter Patient bot auf den Oberschenkeln, dem Abdomen und der Brust eine beträchtliche Anzahl stahlblauer bis sepiabrauner, linsen- bis Fingernagel-groſser anscheinend unter das Niveau der Haut eingezogener Flecke dar. Dieselben ver, schwanden völlig nach Beseitigung der reichlich vorhandenen Phthirii pubis durch Ungt. ciner. im Laufe von ungefähr zwölf Tagen. Verf. hält die Affektion für im Wesentlichen eine lokale Hyperämie, obgleich dieselbe nicht ganz die der echten Hyperämie zukommenden Eigenschaften darbietet. *Philippi-Nieheim.*

Vier weitere Fälle von Phthiriasis palpebrarum, von Dr. J. M. WINFIELD. (*Journ. of Cut. and genito-urinary Diseases.* Septbr. 1889.) Dieselben betreffen sämtlich Kinder; das Vorhandensein der Läuse an den Augenbrauen und Wimpern hatte zu mehr oder weniger heftigem Ekzem der Umgebung geführt. Die Behandlung bestand in der Anwendung einer 5%igen Quecksilberammoniaksalbe respektive 10%igen β-Naphtholsalbe. Daſs bei Kindern (wie von SQUIRE hervorgehoben wird) die Läuse nur an den Augenbrauen und Wimpern vorkommen, beruht darauf, daſs die bei jugendlichen Individuen vorhandenen sonstigen Haargebilden dem Parasiten keine geeignete Stätte darbietet. *Philippi-Nieheim.*

Pathologie des Urogenital-Systems.

Exstirpation tuberkulöser Samenbläschen, von E. ULLMANN. (*Centralbl. f. Chirurgie.* 1890. Nov. 8.) Verf. führte bei einem 17 Jahre alten mit rechtsseitiger Tuberkulose des Nebenhodens und Samenbläschens behafteten Patienten die Castratio und die Exstirpation vesicul. semin. dext. aus. Die Operation wird empfohlen 1. bei primärer Hoden- und Nebenhodentuberkulose, wenn die gesunde Seite noch keine verdächtige Symptome zeigt, die kranke aber bereits Affektion der Samenbläschen erkennen läſst. 2. Bei primärer Samenblasentuberkulose.

Leistikow-Hamburg.

Klinische Beobachtungen über Gonorrhöe mit besonderer Berücksichtigung der Ätiologie, Dauer und Therapie derselben, von JOHN P. BRYSON und EDWIN C. BURNETT. (*Journ. of Cutan. and genito-urinary Diseases.* April 1889.) Die Resultate, welche die Verf. auf. Grund ihrer ausgedehnten Beobachtungen (die Anzahl der poliklinischen Patienten belief sich auf 1394) mitteilen, geben im wesentlichen nur eine Bestätigung der von den hervorragendsten deutschen Autoren auf diesem Gebiete als gültig festgestellten Lehren. Namentlich wird die infektiöse Natur der Gonorrhöe gegenüber der nicht spezifischen Urethritis sowohl in bezug auf die Ansteckungsfähigkeit als auch den klinischen Verlauf an einigen sehr prägnanten klinischen Beobachtungen bewiesen. Ferner wird besonders die Chronicität des echten Trippers und dessen häufige Recidive nach oft Monate und Jahre langem Latentbleiben, wodurch eine neue Infektion vorgetäuscht werde, betont. Zu diagnostischen Zwecken empfehlen Verff. bei anscheinend geheilten Fällen die Einführung einer Stahlsonde in die Harnröhre; es gelingt oft auf diese Weise einen Tropfen gonokokkenhaltigen Eiters zu erhalten und somit den Fortbestand der Gonorrhöe zu beweisen, trotzdem andere klinische Symptome derselben völlig fehlen. In therapeutischer Beziehung erklären sich eie Verff. für ganz entschiedene Gegner aller lokaler Applikationen während des akuten Stadiums, namentlich die abortive Methode von WELANDER und BOCKHART hat sich ihnen als durchaus verwerflich erwiesen.

Philippi-Nieheim.

Bericht über Behandlung der Gonorrhöe und der gonorrhoischen Cystitis, von E. R. PALMER. (*Journ. of Cut. and genito-urinary Diseases.* August 1889.) Verf. hat im Laufe ca. eines halben Jahres nach seiner früher schon beschriebenen Methode 55 Fälle von Gonorrhöe mit einer durchschnittlichen Heilungsdauer von 45,18 Tagen behandelt. Die (poliklinischen) Patienten verblieben bis zum Verschwinden von Tripperfäden oder anderer Symptome von chronischer Gonorrhöe unter seiner Beobachtung. Die Methode besteht in der Anwendung von Irrigationen der Urethra mit heifser Sublimatlösung bei allen aufser den sehr heftig entzündlichen Fällen. Die Koncentration der Lösung, anfangs 1 : 30 000, wird je nach der Idiosynkrasie des Falles allmählich gesteigert; die Irrigation soll täglich zweimal vorgenommen werden; die dabei in Anwendung kommende Flüssigkeitsmenge beträgt 100 bis 180 g. Daneben wird alle paar Stunden theelöffelweise Kaliumcitrat gereicht. Nach Beseitigung des akuten Stadiums (gewöhnlich in ungefähr 48 Stunden) wird sofort nach Ausführung der heifsen Irrigation die Urethra unter ziemlich hohem Druck mit etwa 15 ccm einer 1 : 500 Zinksulphatlösung aus einem Irrigator angefüllt und durch Zuhalten des Meatus urinarius einen Angenblick so ausgespannt erhalten. — Unfälle sollen dabei nicht zu verzeichnen gewesen sein. Die Durchschnittsdauer der Statistik sei durch einige inveterierte Fälle erheblich verlängert worden, die Mehrzahl der Kranken sei nach ungefähr vierwöchentlicher Behandlung geheilt entlassen werden.

Philippi-Nieheim.

Verschiedenes.

Neues Verfahren für Hauttransplantation, von Dr. FRANZ BUTTGENBACH. (*Gazette médicale de Liège.* 1890. Febr. 20.) Das neue Verfahren des Verf.s, das er wegen seiner leichten Ausführbarkeit den Lesern nicht vorenthalten zu dürfen glaubt,

besteht darin, dafs er die neugebildeten Epidermiszellen vom Rande der Vernarbung nach der Mitte der Wundfläche versetzt.

Auf diese Weise konnte der Verf. alle 5—6 Tage eine Insel von Epidermiszellen nach der Mitte eines ausgebreiteten Fufsgeschwürs versetzen. Er schützt die transplantierte Stellung durch ein Blatt von Guttaperchapapier mit darüberliegender Karbolwatte. Im Verlaufe eines Monates war die Vernarbung vollständig vor sich gegangen. *H. Fournier-Paris.*

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

Dürfen syphilitisch infizierte Ärzte ihre ärztliche Thätigkeit fortsetzen? von A. Neisser (Breslau). (*Centralbl. f. Chirurgie.* 1889. No. 39.) Neisser wurde zu dieser lehrreichen kleinen Abhandlung durch die Anfrage eines Kollegen veranlafst. Bei Beantwortung der Frage sind folgende Punkte zu berücksichtigen: 1. das Stadium der Syphilis; 2. ob eine ausgiebige Behandlung voraufgegangen ist; 3. ob die Hände des operierenden Arztes frei von Efflorescenzen sind; 4. ob sonstige, nichtsyphilitische Hautaffektionen bestehen oder nicht. — Die Punkte 1 und 2 bedürfen keiner näheren Erörterung; je älter die Syphilis und je nachhaltiger die spezifische Behandlung, desto unwahrscheinlicher die Übertragung. Aber selbst bei frischen, sehr leicht ansteckenden Geschwüren und Papeln scheint N. geneigt, eine operative ärztliche Thätigkeit zu gestatten, wenn es gelingt, die erkrankten Teile (durch Gummifinger, durch festsitzendes Pflaster) hermetisch abzuschliefsen. Was endlich Punkt 4 anbelangt, so ist die Gefahr für den Patienten hier ja eine viel geringere; immerhin kann es aber aus solchen nichtsyphilitischen Hautaffektionen leicht zu Blutaustritt kommen, und die Frage, ob das Blut Syphilitischer direkt ansteckend wirke, wird von N. in einer längeren Auseinandersetzung einstweilen noch offen gelassen. — Er gelangt schliefslich zu dem Satze, dafs sich über die Frage, ob syphilitisch-infizierte Ärzte Chirurgie und Geburtshilfe treiben dürfen, bestimmte Regeln nicht aufstellen lassen und dafs für jeden einzelnen Fall besonders zu entscheiden sei. *Türkheim-Hamburg.*

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Michael. Das Wesen der Influenza mit spezieller Berücksichtigung der Ohrsymptome. *Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 6.

Pflüger. *Über die Kunst der Verlängerung des menschlichen Lebens.* Rede. Bonn 1890.

Ducrey. *Ricerche sperimentali sulla Natura intima del Contagio dell' ulcera venerea et sulla patogenesa del bubbone venereo.* Milano 1889.

Pfeiffer. Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den akuten Exanthemen.

Abhandlungen aus dem Gebiete der Naturwissenschaften vom naturwissenschaftlichen Verein in Hamburg. 1889.

Leartus Connor. *The American Academy of Medicine.* Chicago 1889.

Baumgarten. *Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen umfassend Bakterien, Pilze und Protozoën.* IV. Jahrg. I. Hälfte 1888. Braunschweig 1889.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. №. 11. 1. Juni 1890.

Flora dermatologica.

VI.

Herausgegeben unter Mitwirkung von

D. von Sehlen

von

P. G. Unna.

II. Abteilung.

Fadenpilze mit Abschnürung einzelner Sporen auf einfachen oder verzweigten atypischen Fruchtträgern.

Mit einer Doppeltafel in Lichtdruck.

In der ersten Abteilung der Flora waren hauptsächlich zwei Gruppen von Pilzen beschrieben, die durch die gleichartige Gestaltung ihrer atypischen (häufig penicilloiden) Protosporenfrüchte einander ähnlich sind, aber durch eine Reihe von Wachstumsverschiedenheiten, in der Farbe, der Ausbreitung des Pilzrasens, der Gestalt der Sporen, sichere individuelle Differenzierungsmerkmale unter gleichen Kulturbedingungen darbieten. Eine weitere Anzahl von Pilzen mit analogem Typus soll mit der Zeit unter diese Gruppen eingereiht werden.

Bei der Mannigfaltigkeit der noch vorliegenden Pilzformen gehen wir zunächst zur Beschreibung einer andern Gruppe über, die ebenfalls auf atypischen, meist einfachen oder auch verzweigten Fruchtträgern ihre Sporen bilden. Diese werden jedoch nicht zu längeren Ketten abgeschnürt, sondern bleiben als Einzelfrüchte bestehen. Kompliciertere Fruchtstände entstehen durch nachträgliche Verzweigung der Fruchtträger.

Im makroskopischen Bilde liegt die Ähnlichkeit der Gruppe in der Produktion eines Rasens von weißer Farbe, der an der Unterfläche allmählich eine gelbe Färbung annimmt. Mikroskopisch zeigen sich in der Form der Hyphen und Ausbildung der Fruchtstände vielfache Analogien.

Da das Trichophyton (Malmst.) dieselben hier von uns aufgestellten Gruppencharaktere aufweist, so schließen wir seine Darstellung auf der folgenden Doppeltafel der Beschreibung zweier aus den Schüppchen des seborrhoischen Ekzems gezüchteter Pilze an. Damit erweitert sich der

bisher auf Pilze dieser Krankheit umschränkte Kreis unserer Beschreibung zu dem gröſseren Rahmen der Hautflora, welche den schon früher angegebenen Intentionen [1] entsprechend mit der Zeit die Mehrzahl der in der menschlichen Oberhaut vorkommenden pathoforen und nicht pathoforen pflanzlichen Mikroorganismen umfassen soll.

Die drei zunächst hier zusammengestellten Pilze X, XI u. XII zeigen im einzelnen folgende Unterschiede, durch welche sie schon makroskopisch genau zu unterscheiden und hinlänglich als distinkte Arten gekennzeichnet sind.

No. X hat einen von Anfang an gelblich-wolligen Rasen (Objektträgerkultur), dessen Oberfläche im Centrum durch die aufsitzenden Sporen weiſs erscheint; die Unterfläche behält auch im Alter eine rein gelbe Farbe.

No. XI. bildet einen zarten schwefelgelben Rasen, welcher sich nur am Rande mit einem Kranze weiſser Fruchtpunkte bedeckt. In älteren Kulturen erhält der Rasen durch Eintrocknung eine mehr grünliche Färbung.

Der Rasen von No. XII (Trichophyton) ist mehr strahlig gebaut, ist anfangs rein weiſs und behält diese Farbe an der Oberfläche, welche sich in ihrer ganzen Ausdehnung gleichmäſsig mit Fruchtpunkten bedeckt, während die Unterfläche erst allmählich eine gelbe Farbe annimmt, die mit der Zeit in ein dunkleres Orangerot übergeht.

Die sonstigen Art-Unterschiede ergeben sich aus der Detailbeschreibung der einzelnen Pilze.[2]

No. X.

Makroskopische Beschreibung:

a. Objektträger; Gelatine.

Gelblicher flacher Rasen, auf welchem in der Mitte eine dicke schneeweiſse Decke aufliegt. Die Gelatine ist völlig verflüssigt. Von der Unterseite her präsentiert sich der Rasen in rein gelber, am Rande in mehr gelbweiſser Farbe.

b. Stichkultur Gelatine.

Auf der Oberfläche schneeweiſser, dickflockiger, von unten gesehen, gelblicher unbegrenzt wachsender Rasen, der die Gelatine allmählich voll-

---

[1] Unna, Die Züchtung der Oberhautpilze. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1888. Bd. VII. pag. 468. 471.

[2] Da es sich herausgestellt hat, daſs bei der Züchtung der Hyphomyceten die Gelatine-Strich-Kultur wegen der meist auftretenden Verflüssigung wenig Besonderheiten bietet, ebenso wie die Stichkultur in Agar wenig Typisches aufweist, so soll im folgenden unter Stichkultur immer nur Züchtung in Gelatine, unter Strichkultur eine solche auf Agar-Agar verstanden werden.

ständig verflüssigt. In der Tiefe des Stiches sehr geringes feinflockiges Wachstum. Bei älteren Kulturen ist der Rasen an der Unterfläche gelber, an der Oberfläche mehr mehlstaubartig.

c. Agar Strich.

Dicker, schneeweifser, ziemlich beschränkt wachsender Rasen, welcher wie wolliger Filz aussieht. Wachstum in der Tiefe als weifse Wolke.

Keine Krystallfiguren ausgeschieden.

In älteren Agar-Kulturen sind die weifs-wolligen Decken zu einem mehr trockenen, pulverigen, hell bräunlichen Belage geworden.

Mikroskopische Beschreibung:

a. Hyphen.

Die Hyphen sind sehr fein, farblos, 1—2 μ breit; sie verzweigen sich fast rechtwinklig zu geweihartigen Figuren. Der Verlauf ist im ganzen geradlinig. Die Hyphen sind in verschieden weiten Abständen von 12—20 und mehr Mikren Länge septiert. Die Septen sind äufserst zart und schwierig zu erkennen, meist nur in einem gewissen Stadium der Eintrocknung deutlich sichtbar.

b. Fruchtstände.

Die Fruchtstände sind sehr einfach gebaut, indem sich auf kurzen 8—12 μ langen und 2 μ breiten, von den Hyphen abstrebenden Stielen sich einzelne kugelige oder ovale Sporen abschnüren, welche wie Beeren an langen Stielen sitzen. (Vergl. Fig. X a. 100 : 1.) Durch Anhäufung dieser einfachen Fruchtstände entstehen guirlandenartige Figuren, die fast nur aus den knopfförmigen Sporen zu bestehen scheinen. (Vergl. Fig. X. a u. b. 300 : 1.)

Seltener kommen auch zusammengesetzte Fruchtstände vor; sie entstehen durch Auswachsen der Fruchtträger in der Art, dafs dicht unter der primären Spore ein neuer Sporenträger seitlich hervorsprofst, und dieser Prozefs sich mehrfach wiederholt (Monochasiumform). (Vergleiche Fig. X c. 700 : 1.)

c. Sporen.

Die Sporen sitzen auf den Fruchtträgern unter Vermittelung eines kurzen Zwischenstücks, welches etwas breiter als der Fruchtträger (3 μ) erscheint. Aus diesem sprofst die Spore als ein kurzovales, keulenförmiges Gebilde, das am freien Ende kugelig, am Fufsende gerade abgestutzt ist. Ihre Breite beträgt 4—5 μ, die Länge 5—6 μ. An gefärbten Präparaten läfst sich deutlich eine dicke Sporenmembran erkennen, wie die untere Hälfte der Fig. X c es wiedergibt.

No. XI.

Makroskopische Beschreibung:

a. Objektträgerkultur auf Gelatine.

Mattgelblich-weißer, unbegrenzter, in die verflüssigte Gelatine einsinkender Rasen, welcher auf seiner Oberfläche drei Zonen unterscheiden läßt: einen mittleren grasgrünlichen, im ganzen glatten Streifen von feuchtem Glanz, eine mittlere Zone mit gelblich trockenem, mehlartigem Fruchtstaube bedeckt und eine äußere Randzone, welche aus gelblichweißen dicht verfilzten Hyphen besteht.

An der Unterseite sind nur zwei Zonen sichtbar: eine centrale grünlich-gelbe, entsprechend der zentralen und der mittleren der Oberseite, und eine grau-gelblich durchscheinende Randzone.

b. Stichkultur.

Die Oberfläche ist ganz überzogen von dem unbeschränkt wachsenden Rasen, der im Centrum grünlich-gelb gefärbt, an den Rändern von einem mehr graugelblichen Saum umgeben ist, auf dem stellenweise ein trockenes weißes Luftmycel sich erhebt.

Auch in älteren Kulturen ist nur eine etwa 1 cm hohe Schicht der Gelatine verflüssigt. Die fest gebliebene Masse zeigt im Stichkanal nur ein sehr spärliches schneeflockenartiges Wachstum.

c. Agar-Strichkultur.

Ganz flacher, zarter, durchscheinender weißlicher Rasen, der auf der Oberfläche trockenen Wachsglanz besitzt und im Impfstriche, wo das Impfmaterial dicht liegt, strahlige, stachelartige Haufen von Centralkegeln emporschickt, die ein mehr durchsichtiges weißliches, seidenglänzendes Aussehen besitzen. Am Rande des Rasens sowohl, wie in der Tiefe des Agar fanden sich unterhalb der ganzen Kultur (nicht darüber hinaus) kürzere und längere Krystallbündel zum Teil von gefiedertem Aussehen, die auf den ersten Blick der Cultur anzugehören schienen.

Mikroskopische Beschreibung:

a. Hyphen.

Die Hyphen sind von äußerster Zartheit, 1—2 μ breit, farblos, reichlich septiert. Die Länge der Septen wechselt zwischen 8—12 und mehr Mikren. Der Verlauf ist im ganzen geradlinig, die Verzweigung erfolgt mehr spitzwinklig und ist nicht sehr reichlich. In älteren Kulturen finden sich im Verlaufe der Hyphen hin und wieder gemmenartige Anschwellungen. (Fig. XI. c. 400 : 1.)

b. Fruchtstände.

Die Fruchtstände bilden kleine strauchartige Gruppen (Fig. XI. a. (50 : 1) u. b. (150 : 1) durch eine quirlartige Verästelung der Sporenträger, welche selten einfach, meist von Anfang an geteilt von den Hyphen

entspringen (Dichasion); sie sind etwas feiner als die Hyphen, durchschnittlich 1 μ breit, ihre Länge wechselt zwischen 4—8 μ. Die einzelnen Verzweigungen haben mit den aufsitzenden Sporen die Gestalt einer Kirsche. (Fig. XI. c.)

c. Sporen.

Die Sporen sind im ganzen oval geformt, 3 μ im Breitendurchmesser; 3—4 μ in der Länge messend. Am freien Ende sind sie entweder kugelig abgerundet oder leicht verjüngt, am Stielende konisch zugespitzt. Bei geeigneter Färbung ist eine dicke Sporenmembran erkennbar.

No. XII. (Trichophyton).

Makroskopische Beschreibung:

a. Objektträgerkultur.

Weißer, dicker Rasen, welcher die Gelatine verflüssigt und mit einem gleichmäßig dichten Kranz von Hyphen in die Umgebung ausstrahlt. Auf der Unterseite ist der Rasen im ganzen gelb gefärbt, im Centrum gesättigt rötlich-orangefarben, in der Peripherie mehr citronengelb.

b. Gelatine-Stichkultur.

Die Gelatine-Stichkultur wird bald und vollständig verflüssigt unter allmählich zunehmender gelber Verfärbung. Im Stiche bildet sich ein cylindrischer solider Zapfen von gelblichweißer Farbe, welcher in seinem ganzen Umfange feine flaumartige Fortsätze entsendet. Auf der Oberfläche breitet sich der Pilzrasen zu einer trockenen Scheibe von unbeschränktem Wachstum aus, welche mit einem feinen Puder von weißer Farbe bedeckt ist, während die Unterfläche eine rein gelbe bis orangegelbe Farbe annimmt. Mit dem Alter der Kultur wird die Färbung der Unterfläche besonders im Centrum immer dunkler und schließlich gesättigt orangerot, während die Peripherie eine mehr citronengelbe Farbe aufweist.

c. Agar.

Um den Impfstrich bildet sich ein allseitig unbeschränkt wachsender, äußerst feiner durchsichtiger Rasen, welcher auch die Tiefe des Agar mit feinen Hyphen vollständig durchwächst. Die Oberfläche ist mit einem feinen weißen Puder bestäubt, welcher dem schleierartigen Rasen unmittelbar aufsitzt und sich in strahligen Figuren vom Strich seitlich ausbreitet. Die Unterfläche ist im ganzen gelb gefärbt, die mittleren Partien dunkler bis orangerot.

Mikroskopische Beschreibung:

a. Hyphen.

Die Hyphen verlaufen im allgemeinen gestreckt, teilen sich dichotomisch und spitzwinklig, wenn sie aus den Haaren (vergl. Fig. XII a. 50 : 1) direkt hervorsprossen, verlaufen die einzelnen Hyphen ungemein dicht und fast parallel, und bilden starre in die Umgebung ausstrahlende Figuren, während

die aus isolierten Keimen hervorwachsenden Kolonien und Stichkulturen mehr schneeflockenartige Sterne erzeugen.

Später dagegen wird die Verästelung mehr rechtwinklig unter häufiger Konjugation durch Anastomosen einzelner Äste. Die Dicke der Hyphen beträgt 2—3 μ. Die Septierung ist außerordentlich regelmäßig, aber sehr fein; die Länge der einzelnen Glieder wechselt zwischen 15—20 μ und darüber.

b. Fruchtstände.

Die Früchte entspringen rechtwinklig von den Hyphen und sind anfangs in ziemlich regelmäßigen Abständen an einzelnen Zweigen aufgereiht. Durch Anhäufung derselben bilden sich daraus verstreute Gruppen von guirlandenartigen Figuren (vergl. XII. a u. f. 260 : 1), die späterhin zu strauchartigen Fruchtständen auswachsen.

Mitunter schnüren sich die Sporen ohne Vermittelung eigentlicher Fruchtträger von den Hyphen ab (Fig. XII. e. 320 : 1); gewöhnlich aber läßt sich ein kurzer dicker Fruchtträger von den eigentlichen Sporen unterscheiden, welcher nur wenig dicker und durch eine mehr oder minder deutliche Einschnürung von dem Stiele getrennt ist.

Der letztere kann zuweilen septiert sein und eine größere Länge bis zu 20 μ erreichen, wodurch die Frucht ein kirschenartiges Aussehen erhält. In einzelnen Fällen, wenn keine typische Endspore zur Ausbildung gelangt, schwellen die Fruchtträger zu schotenartigen Gebilden an, in denen sich dann ein oder mehrere Septen erkennen lassen. Die gewöhnliche weitere Ausbildung der Fruchtstände erfolgt außer in akropetaler Richtung auch durch seitliche Sprossen, welche ihrerseits wieder rechtwinklig vom Fruchtträger entspringen.

c. Sporen.

Die Sporen liegen in älteren Kulturen oft frei und sind dann kurzovale, stark-glänzende Körperchen, die an beiden Polen stark abgestumpft, fast wie viereckig erscheinen. Sie messen durchschnittlich 3—4 μ, erreichen aber mitunter etwas größere Dimensionen.

Solange sie an den Hyphen oder den Fruchtträgern befestigt sind, erscheinen sie mehr eiförmig und mit einer halsartigen Einschnürung von ihrem Ursprungsorte abgesetzt. (Vergl. Fig. XII. c. 230 : 1, e, f.) Auch an den seltener vorkommenden schotenartig angeschwollenen Fruchtträgern können sich endständige oder seitliche Sporen abschnüren.

Andersgestaltete Fruchtformen (wie z. B. blasenförmige Anschwellungen und sporangienartige Bildungen Fig. X. c, f) scheinen unter den von uns inne gehaltenen Kulturbedingungen nicht zu den regulären Vorkommnissen zu gehören, weshalb wir an dieser Stelle nur ihr Vorkommen verweisen, ohne auf ihre Deutung hier näher einzugehen.

Über Syphilis-Therapie.[1]

Von

Dr. med. Max Bender,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Düsseldorf.

Meine Herren! Syphilis-Therapie und kein Ende denken wir unwillkürlich bei Durchsicht der einschlägigen Litteratur: aufs neue ist die Diskussion hierüber in Fluſs gekommen, und der in dieser Hinsicht erreichte scheinbare Abschluſs erweist sich nunmehr thatsächlich als nur scheinbar. Es ist dies gewiſs um so auffallender, als die gewöhnliche Ursache derartiger Streitfragen, die Unzuverlässigkeit des empfohlenen Medikamentes, hier nicht verfängt, da die prompte und sichere Wirkung des Quecksilbers bei der Syphilisbehandlung doch über allen Zweifel erhaben ist. Vielmehr mag das in so mancherlei Hinsicht rätselvolle Wesen der Krankheit nicht weniger, als die Wandlungen in unseren Anschauungen über die Art der Einverleibung des Merkur als kausales Moment verantwortlich gemacht werden dürfen. Gerade die Frage über den letzteren Punkt ist noch lange nicht definitiv geklärt, wie unter anderen die diesbezüglichen Erörterungen auf dem ersten Kongresse der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft wohl zur Genüge dargethan haben. Wenn nun auch zweifelsohne der Einzelne, vor allem der Jüngere, über noch weniger lange Erfahrung Verfügende, kaum imstande sein dürfte, diese Fragen zu lösen, so ist es doch sicherlich empfehlenswert, gerade im Kreise der praktischen Ärzte, wenigstens den in der Litteratur augenblicklich hauptsächlich vertretenen Standpunkt zu präzisieren, anderseits gerade Sie zu veranlassen, aus dem reichen Schatze der praktischen Erfahrung in der Diskussion die diesbezüglich gemachten Beobachtungen mitzuteilen.

Dazu kommt noch eins.

Bekanntlich sind in der letzten Zeit wiederholt unangenehme, schwere Komplikationen bei der Einverleibung schwerlöslicher Quecksilberpräparate beobachtet worden. Da wir nun Neisser darin ganz und voll beipflichten, wenn er sagt,[2] daſs man zur Würdigung der unangenehmen Nebenwirkungen für diese Fälle einmal eine Art Sammel-

---

[1] Nach einem im Vereine der Ärzte Düsseldorfs gehaltenen Vortrage am 3. März 1890.

[2] *Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* I. Kongreſs. pag. 335.

forschung anstellen möchte, und daſs man erst bei einer Zusammenstellung aller überhaupt mit unlöslichen Salzen behandelten Fälle richtig beurteilen werde, wie sich bei solch groſsen Zahlen die Verhältnisse gestalten, glauben wir von der Mitteilung unserer in dieser Hinsicht gemachten, wenn auch spärlichen, Erfahrungen um so weniger absehen zu dürfen, als wir schon vor mehreren Jahren[3] gerade die Anwendung der schwerlöslichen Quecksilberpräparate als einen wesentlichen Fortschritt in der Syphilisbehandlung bezeichnet haben und, um dies gleich hier zu bemerken, erfreulicherweise auch heute noch zu bezeichnen in der angenehmen Lage sind.

Ungezwungen lassen sich die in Betracht kommenden Fragen dahin formulieren, wann soll die Allgemeinbehandlung beginnen, wie soll sie durchgeführt werden und wie lange müssen wir das spezifisch wirkende Mittel einverleiben, um unseren Patienten die möglichste Garantie eines Verschontbleibens von Recidiven zu verschaffen.

Schon der ersterwähnte Punkt, den eine groſse Reihe namhafter Autoren in dem Sinne für erledigt erachteten, daſs durch eine Präventiv-Allgemeinbehandlung für gewöhnlich das Auftreten der Secundaria zur bestimmten Zeit nicht verhindert werde, und wenn dies auch einmal geschehe, daſs sie später doch noch erschienen, oder daſs an ihrer Stelle schwere tertiäre Formen sich einstellen könnten,[4] wurde in Neissers jüngst mitgeteilten Erfahrungen[5] als noch unentschieden bezeichnet, wenigstens sagt N., daſs er die Allgemeinbehandlung erst beginne, sobald die Diagnose über allen Zweifel erhaben sei, wobei er in der Streitfrage, ob vor oder nach den Allgemeinerscheinungen am besten zu beginnen sei, noch nicht fest Partei nehmen wolle.

Ich selbst, mit ja gerade in dieser Hinsicht gewiſs nicht ausreichenden Erfahrungen, schlieſse mich bis jetzt noch ganz den oben vertretenen Doutrelepontschen Anschauungen um so lieber an, als zwei zufällig in diesen Tagen gemeinschaftlich mit Kollegen behandelte Patienten, bei denen man aus verschiedenen, zum Teil äuſseren Gründen die Primärinduration bereits glaubte mit Inunktionen resp. Injektionen bekämpfen zu müssen, übereinstimmend nur einen Aufschub von mehreren Wochen im Auftreten der Secundaria erlangt hatten.

Daſs solch spärliche Zahlen, denen noch eine oder die andere eigene Beobachtung freilich beigefügt werden könnte, nichts Beweisendes an sich

---

[3] Bender, Über die subkutane Anwendung des Kalomels und des Oleum cinereum bei Syphilis. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1888. pag. 55 ff.

[4] Doutrelepont, Zur Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomelöl und Oleum cinereum. *Deutsche med. Wochenschr.* 1888. No. 38.

[5] Neisser, Über die verschiedenen merkuriellen Methoden der Syphilistherapie. Erfahrungen aus der Klinik f. Hautkrankheiten u. Syphilis in Breslau. *Klinisches Jahrbuch.* I. 1889.

sind, braucht kaum besonders betont zu werden; nur der Vollständigkeit halber wurden sie angeführt.

Hinsichtlich der Einverleibungsmethode des Quecksilbers bedarf die Darreichung per os, sowie die perkutane Applikationsweise kaum einer eingehenderen Besprechung. Von ersterer wissen wir, daſs sie die Ausscheidung des Merkurs aus dem durchseuchten Organismus in viel zu rascher Weise vor sich gehen läſst, als daſs wir uns von ihr einen anhaltenden, dauernden Erfolg versprechen könnten, und die alte Schmierkur in ihren Licht- und nicht wegzuleugnenden Schattenseiten im Kreise praktischer Ärzte des Näheren beleuchten, hieſse gewiſs „Eulen nach Athen tragen“. Auch hat sich die Diskussion in der jüngsten Litteratur viel weniger hiermit, als mit dem dritten Modus des Hydrargyrumgebrauches bei der Syphilisbehandlung, mit der Injektionsmethode, beschäftigt.

Die Geschichte der Injektionsmethode, die Anwendung leicht löslicher Präparate seit Lewins Empfehlung des Sublimats, die Vorzüge des als Repräsentant der gegenteiligen Gruppe geltenden, von Scarenzio zuerst in Anwendung gezogenen Kalomels, dessen Neugeburt in Deutschland auf Neissers Empfehlung wohl zurückzuführen ist, die Wandlungen in der Bevorzugung des einen oder anderen Vehikels können hier nicht im einzelnen geschildert werden. Ist doch die Zahl der verschiedenen empfohlenen, mit mehr oder weniger ausschmückenden Lobeserhebungen versehenen, löslichen und unlöslichen Quecksilberpräparaten bereits so beträchtlich geworden, daſs der auſserhalb klinischer Thätigkeit befindliche Praktiker kaum Gelegenheit haben dürfte, sie alle so ausreichend prüfen zu können, um aus eigener Anschauung und Erfahrung ein zuverlässiges Urteil gewinnen zu können.

Solches ist wohl auch kaum von nöten, da immer mehr die Klärung nach der Richtung zu erfolgen scheint, daſs, alles zusammengenommen, von den löslichen Präparaten das Sublimat als das Ideal bezeichnet werden darf, während unter den unlöslichen doch Kalomel resp. Salicyl- und Thymolquecksilber, nebst Oleum cinereum unter bestimmten, noch gleich des Näheren zu besprechenden Bedingungen alle gerechten Wünsche erfüllen.

Die Hauptfrage bleibt jedoch immer, welcher Art von Präparaten der Vorzug zu geben sei.

Wenn nun auch die löslichen Präparate wegen ihrer schnellen Resorption auch schneller luetische Krankheitsprodukte zu beeinfluſsen imstande sein werden,[6] so dürften dieselben doch, da sie wohl ebenso

---

[6] Zeising, Toxische Dosen verschiedener Quecksilberpräparate. *Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* I. Kongreſs. pag. 325.

schnell, wie sie vom Organismus aufgenommen werden, denselben wieder verlassen, auch nur eine vorübergehende Wirkung entfalten, mithin sich mehr für die Behandlung leichterer Syphilissymptome eignen, während die langsamer zur Aufnahme gelangenden, ungelösten Präparate wegen ihres längeren Verweilens im Organismus nachdrücklicher wirken und sich deshalb besser eignen werden, hartnäckigere Symptome zu bekämpfen, und am ehesten dadurch wohl auch eine Zerstörung des Virus herbeiführen können.

Gegen diese, jüngst durch Zeisings Untersuchungen experimentell erhärtete theoretische Auffassung läſst sich nun gewiſs nichts einwenden, wenn nur nicht, so sagen die Gegner, unter denen ich hier nur Lassar anführe,[7] unleugbar Gefahren beständen, welche den Gebrauch der unlöslichen, unberechenbar groſsen Quecksilbersalzinjektionen ganz prinzipiell unmöglich machten und in dieser Beziehung ein Halt geböten.

Nun ist ja auch nicht zu bestreiten, daſs leider unglückliche Zufälle bei dieser Injektionsmethode vorkommen können, aber es bleibt doch zu bedenken, daſs bei diesem verhältnismäſsig neuen Modus jede Abweichung von der Norm publiziert wird, während keineswegs alle bei anderen Methoden beobachteten unangenehmen Fälle mehr veröffentlicht werden. Neisser selbst erzählt,[8] daſs er jüngst 2 Fälle bei Schmierkuren beobachtet habe, die sicher publiziert worden wären, wenn sie bei Injektionen von Kalomel oder Salicylquecksilber zur Beobachtung gekommen wären, bei Patienten, bei denen die Mundreinigung so exakt durchgeführt worden war, wie sie nur gewünscht werden könne, und die doch einmal nach 5, das andere Mal nach 7 Einreibungen eine geradezu furchtbare Stomatitis bekamen, an der sie wochenlang zu leiden hatten. Bei dem einen kam es am Zungenrücken zur Abstoſsung eines sehr groſsen Fetzens, so daſs eine tiefe, störende Narbe an dieser Stelle blieb. — Auch andere Autoren, z. B. Epstein[9] berichten ähnliches. —

Solche Erfahrungen lieſsen sich gewiſs noch mehr beibringen, und mit Rücksicht hierauf kann der oben bereits erwähnte Vorschlag Neissers nur mit Freuden begrüſst werden.

Nur von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet möchten wir auch unseren bescheidenen Beitrag zur Lösung dieser Frage angesehen wissen. Dabei ist es nicht nötig, noch einmal auf die bereits früher geschilderten Vorzüge des Kalomel und Oleum cinereum zurückzukommen, da ich dem vor über 2 Jahren schon Bemerkten kaum etwas neues hinzuzufügen wüſste. Nur das Eine darf ich vielleicht besonders betonen, daſs die von

---

[7] Lassar, Zum Stande der Syphilisbehandlung. *Deutsche med. Wochenschr.* 1889. No. 6. pag. 8. S.-A.
[8] cf. l. c.
[9] cf. ebenda pag. 339.

anderer Seite, beispielsweise von Epstein[10] ergangenen Warnungen, niemals einem Patienten, der phthisisch verdächtig ist, Injektionen von unlöslichen Präparaten zu geben, nicht genug beachtet werden können.[11] — Hinsichtlich der Wahl beider Präparate dürften, auf Grund der oben schon erwähnten Versuche Zeisings, die metallisches Hg enthaltenden Präparate bei ihrer sehr langsamen Resorption kaum imstande sein, vorhandene Symptome schnell zu beseitigen, während die günstige Beeinflussung der Krankheit selbst, eben wegen ihres wahrscheinlich sehr langen Verbleibens im Organismus, gewiſs eine sehr bedeutende sein wird. Deshalb empfiehlt sie Z. gewiſs mit gutem Rechte, besonders in den Fällen, in denen zur Zeit keine Symptome vorhanden sind, und dennoch eine möglichst nachhaltige Einwirkung auf das latente Krankheitsgift erwünscht ist.

Übrigens erklärte Doutrelepont[12] hinsichtlich der Wirksamkeit, lange bevor diese experimentellen Untersuchungen angestellt waren, er möchte zwar das Oleum cinereum nach seinen Erfahrungen fast gleich dem Kalomelöl erklären, glaube aber doch eine schnellere Wirkung beim letzteren konstatiert zu haben.

Obgleich wir nun in der 10 %igen Kalomelölsuspension ein ebenso zuverläſsig wirksames, als im allgemeinen hauptsächlich in klinischer Behandlung vorzüglich ertragenes Mittel besaſsen, so entschlossen wir uns doch zur versuchsweisen Anwendung der 10 %igen Hydrargyrum salicylicum Paraffinmixtur, einmal, weil für dieses Vehikel nicht mit Unrecht der groſse Vorzug, absolut aseptisch und antiseptisch zu sein, etwa hineingeratenen Mikroorganismen zum Fortbestehen und zur Entwickelung durchaus kein Boden zu finden, eingeräumt werden konnte, sodann weil von ziemlich allen Beobachtern einstimmig die fast völlige Schmerzlosigkeit, die besonders bei ambulanter Behandlung wohlthuend empfunden werde, regelmäſsig hervorgehoben wurde. — Ein merkwürdiger Zufall, nur als solchen kann ich es heute nach längerer Erfahrung bezeichnen, lieſs mich anfangs bald wieder zur Kalomelinjektion zurückkehren, weil ich mehr-

---

[10] *Verhandlungen des ersten Kongresses d. Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. pag. 339.

[11] Andrerseits ist mir noch in Erinnerung, daſs wir in der Bonner Klinik bei einer puella publica, die neben ihrer Sekundär-Syphilis eine ganz gehörige Lungentuberkulose aufwies — in dem Sputum wimmelten die Bacillen geradezu —, unter Kalomelölinjektionen und allerdings gleichzeitigem innerlichen Gebrauch von Kreosotkapseln nicht nur ein promptes Verschwinden der Syphilissymptome beobachteten, sondern eine ganz entschiedene Besserung der Tuberkulose, die sich nicht sowohl in einer, damals auch von Doutrelepont konstatierten, Abnahme der Tuberkelbacillen, als vielmehr in einer erfreulichen Gewichtszunahme der Patientin äuſserte, beobachteten; irgendwelche unangenehme Nebenwirkungen kamen auch bei dieser Kranken nicht zu unserer Kenntnis.

[12] cf. l. c. pag. 7. S.-A.

fach unverhältnismäfsig raschen Wiederausbruch manifester Symptome nach, resp. bei Hydrarg. salicyl. Gebrauch beobachtet hatte. Der erste diesbezügliche Fall datiert noch aus meiner Bonner Assistentenzeit, und ist später von HAHN[13] in seiner Arbeit über Hydrarg. salicyl. als No. 1 angeführt, wo sich auch die Bemerkung findet, dafs zwar nach 2 Injektionen fast vollständige Zurückbildung aller manifesten Symptome erfolgt war, aber in der dritten Aufenthaltswoche ein typisches Exanth. maculo-papulos. corporis auftrat, das selbst nach 3 weiteren Injektionen nicht schwand.

Dafs es sich hierbei sowohl wie bei unseren anfangs in Düsseldorf in diesem Punkte gemachten Erfahrungen nur um einen unglücklichen Zufall handelte, hat die neu aufgenommene Anwendung des Präparates zur Evidenz erwiesen.

Bei 48 Patienten mit im ganzen 245 Einspritzungen — diese Zahl bezeichnet ganze Injektionen — sind bis heute noch keinerlei irgendwelche unangenehme Nebenwirkungen beobachtet: keine Stomatitis, keine Diarrhöen, keine embolischen Infarcte[14] kamen zur Kognition. Dafs Abscesse und Infiltrate nicht auftraten, ist selbstredend; aber auch die Schmerzhaftigkeit, wenn überhaupt von einer solchen die Rede sein konnte, war so minimal, dafs nie Störungen in der gewohnten Beschäftigung sich bemerkbar gemacht hatten. Also ein gerade für die ambulante Praxis wie geschaffenes Mittel.

Bei einer einzigen Patientin traten ganz geringe, durchaus nicht bedeutend empfindliche Infiltrate auf, die jedoch keineswegs auf das Präparat als solches zurückgeführt werden können, da die Dame gelegentlich einer Sublimatinjektionskur dieselben Erscheinungen darbot. Auch ein Mangel an Antisepsis dürfte kaum das Auftreten bei dieser einzigen Kranken verschuldet haben. Inwieweit die Beschäftigung, die Betreffende ist Direktrice in einem Konfektionsgeschäft, als ursächliches Moment gelten kann, mag unentschieden bleiben. — Die Kur fand nämlich zur Zeit „der Saison“ statt, wo diese Leute so aufserordentlich angestrengt sind.

Auf SCHWIMMERS Empfehlung hin[15] habe ich das Hydrarg. salicylicum — immer wurde das Präparat von GEHE gebraucht — zwar auch mehrfach innerlich gegeben, sowohl in Pulver- als auch in Pillenform, etwa 2—3 mal täglich 0,05 mit einem geringen Zusatz von Laudanum

---

[13] HAHN, Über Hydrargyrum salicylicum. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. pag. 317 ff.

[14] LESSER, Über Nebenwirkungen bei Injektionen unlöslicher Quecksilberverbindungen. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syph.* 1888. pag. 914.

[15] *Wiener med. Wochenschr.* 1889. No. 3—9, ref. in *Berl. klin. Wochenschr.* 1889. No. 45.

pur., kann jedoch noch nicht entscheiden, inwiefern es mit Recht als das intensivste unter den Quecksilberpräparaten, die zur innerlichen Anwendung gelangen, gelten kann; irgendwelche unangenehmen Nebenerscheinungen kamen nicht zur Beobachtung. —

Auf die Frage hinsichtlich der Gefahr, die durch Injektion unlöslicher Präparate bedingt wird, müssen wir jetzt noch einmal schon deshalb zurückkommen, weil verschiedentlich Vorschläge gemacht sind, dieselbe möglichst zu verringern oder ganz zu beseitigen. Als der weitgehendste darf wohl der von LASSAR betonte Standpunkt gelten. Darnach dürfte man mit Rücksicht auf den unwiderleglich erbrachten Beweis vom Zusammenhang zwischen Kalomelinjektion und Tod kaum noch die Kalomel- und ähnlichen Behandlungsmethoden als gleichwertig den anderen Behandlungsmethoden erachten. Um zu beweisen, daſs dasselbe Resultat wie mit den Suspensionen auch mit Lösungen erlangt werden könne, lieſs L. in einer Versuchsreihe die Dosis allmählich so ansteigen, bis schlieſslich 0,8 Sublimat auf einmal injiziert wurde. Obwohl keinerlei unangenehmen Nebenwirkungen beobachtet wurden, stand man doch von einer weiteren Ausdehnung der Versuchsreihe ab, aus Besorgnis, doch einmal einen unliebsamen Ausgang zn erleben. —

Sicherlich ist doch die Gefahr bei der Schnelligkeit der Resorption dieser Präparate eine gröſsere, als bei den viel langsamer zur Resorption gelangenden schwerlöslichen.

Auch NEISSERS Vorschlag, mit Rücksicht auf den beobachteten, embolischen Infarkt, lieber wieder zur subkutanen Injektionsmethode zurückzukehren, möchte ich deshalb nicht annehmen, weil nach meinen sowohl in Bonn, als auch hier gemachten Erfahrungen die Patienten fast durchgängig durch die so applizierten Spritzen mehr belästigt wurden, als bei intramuskulärer Einverleibung. Die Gefahr in dieser Hinsicht scheint doch auf ein Minimum, oder sogar vollständig, beseitigt, wenn man nach dem Einstich der Nadel einen Moment wartet und sieht, ob Blut austritt und nur, wenn solches nicht der Fall, eine Vene also nicht angestochen ist, die Suspension injiziert. —

Empfehlen möchte ich aber, die auf einmal einzuverleibende Dosis insofern zu verringern, daſs statt einwöchentlicher Injektionen von je 0,1 Hydrarg. salicyl. dieses Quantum auf etwa zwei Einspritzungen verteilt wird; diese Modifikation habe ich, seitdem dieselbe aus der DOUTRELEPONTschen Klinik bekannt wurde,[16] stets angewandt, und dabei ist durchaus keine längere Behandlungsdauer etwa nötig geworden, wohl aber ist mir von einer Anzahl Patienten spontan mitgeteilt worden, daſs sie die halben Spritzen, wenn dadurch auch ein häufigeres Erscheinen beim Arzte

---

[16] HAHN, l. c. pag. 321.

veranlafst werde, entschieden, wegen der zweifelsohne geringeren Belästigung, den ganzen vorzögen.

Auch DOUTRELEPONT[17] selbst berichtet, dafs er bei der besprochenen Modifikation, wo die Quantität so vermindert ist, dafs nach 8 Tagen erst eineinhalb statt zwei Spritzen injiziert sind, die Symptome keineswegs langsamer zurückgehen. Dafs im grofsen und ganzen vielleicht 1—2 Injektionen mehr nötig sind, als bei Kalomelgebrauch ist bereits verschiedentlich betont und kann auch ich vollkommen bestätigen. Eine bestimmte, für die Beseitigung vorhandener manifester Symptome absolut notwendige Zahlenangabe halte ich für überflüssig, umsomehr als wohl darüber Einstimmigkeit herrschen dürfte, dafs speziell bei der ersten Kur mit solcher Energie vorgegangen werden mufs, dafs jedesmal 6—8 Injektionen ungefähr einzuverleiben sind, wenn auch, was keineswegs zu den Seltenheiten gehört, schon nach 2—3 Injektionen, aufser den multipel indolent geschwellten Drüsen der verschiedenen Körpergegenden, manifeste Symptome nicht mehr nachweisbar sein sollten.

Ein Versagen der spezifischen Wirkung habe ich beim Hydrarg. salicyl.-Gebrauche nicht beobachtet, wenn auch bei einem mit kolossalen kondylomatösen Wucherungen am Mons Veneris behafteten Patienten die Rückbildung derselben zweifelsohne um ein Beträchtliches beschleunigt wurde, als ich nach 2 Hydrarg. salicyl.-Injektionen die Behandlung mit Kalomelölinjektionen fortsetzte.

Auch diese Erfahrung bestätigt, dafs Kalomel entschieden energischer wirkt, aber auch störender ist, oder wenigstens leichter in dieser unangenehmen Weise sich geltend machen kann.

In dieser Hinsicht kämen dann nur noch in betracht die regulinisches Quecksilber enthaltenden Präparate, die, wie aus ZEISINGS Versuchen[18] hervorgeht, wegen ihrer langsamen Resorption ohne Gefahr der Intoxikation in gröfseren Dosen, mithin seltener, injiziert werden können, als die löslichen, die wegen der Schnelligkeit der Resorption entschieden eine gröfsere Gefahr der Vergiftung bedingen.

Damit ist auch die Direktive für deren spezielle Anwendung, vorzüglich zur Durchführung der sog. prophylaktischen Kuren, wie oben bereits bemerkt, scharf gekennzeichnet.

Dafs KAPOSIS Fall[19] nicht allzuängstlich zu machen braucht, hebt NEISSER bereits hervor, insofern als ja hier eine viel gröfsere, als von LANG angegebene Dosis injiziert wurde. Vielleicht komme auch noch in

---

[17] *Verhandlungen des I. Kongresses der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* pag. 344.

[18] cf. l. c. pag. 334.

[19] *Verhandlungen des I. Kongresses der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.* pag. 319. ff.

betracht, daſs durch die Verreibung mit Lanolin eine viel bessere und schnellere, hier allerdings nicht wünschenswerte Resorption stattfinde, als bei dem mit Paraffin hergestellten Oleum cinereum: Zeising hätte doch auf ein Kilogramm Kaninchen 3 ccm graues Öl injiziert, ohne daſs es gelungen wäre, das Tier in akuter Weise zum Tode zu befördern.

Daſs trotz alledem wir der löslichen Quecksilberpräparate nicht entraten können, noch wollen, liegt auf der Hand. So wäre es gewiſs wenig rationell bei jeder leichten Schleimhautrecidive etwa sofort mit der Einverleibung gröſserer, nur sehr langsam wieder aus dem Organismus ausscheidenden Quecksilbermengen zu beginnen: hier, wo wir die lokale Behandlung nur soweit durch Allgemeinwirkung unterstützen wollen, als es zur möglichst raschen Beseitigung der vorhandenen Symptome absolut nötig ist, leistet das Präparat doch offenbar am meisten, welches auch wieder verhältnismäſsig schnell aus dem Körper entfernt wird. — Nach meinen persönlichen Erfahrungen räume ich in dieser Hinsicht der Sublimat-Kochsalzlösung wegen ihrer Haltbarkeit, einfachen Herstellung und Schmerzlosigkeit vor allen andern den Vorzug ein.

Ebenso brauche ich wohl auch kaum besonders hervorzuheben, daſs ich die Inunktionskur nicht ganz verschmähe: dort, wo aus irgend welchen Gründen eine klinische Behandlung wünschenswert, oder auch nur durchführbar, wo also stetige ärztliche Kontrolle und gut geschultes Wartepersonal — ein für richtig durchzuführende Schmierkur absolut unerläſsliches Erfordernis — zur Verfügung stehen, würde auch ich mit Vorliebe eine Hauptkur in dieser Weise gerne durchführen. Während man also wohl früher, und vielleicht auch jetzt noch die Injektionsmethode unlöslicher Quecksilberpräparate speziell der Spitalspraxis reservieren wollte, darf man mit mehr Recht vielleicht gerade die Inunktionskur für solche Fälle in Anspruch nehmen, um dort, wo äuſsere Rücksichtnahmen diesen Behandlungsmodus nicht in der wünschenswerten Weise durchführbar erscheinen lassen, mit Freuden die gleichwertige, den Patienten in seiner sozialen Stellung so zu sagen nicht belästigende, Applikation vermittelst Einspritzungen in Anwendung zu ziehen.

Betreffs der Verhütung von Recidiven dürfte meiner Ansicht nach es auſserordentlich schwer, wenn nicht geradezu unmöglich, sein, bei einem schon von Hause in so mannigfach proteusartiger Weise sich geltend machenden Krankheitsbilde, mit Bestimmtheit zu sagen, daſs diese oder jene Art der Quecksilbereinverleibung mit mehr Sicherheit einem Ausbruch der Krankheitssymptome vorzubeugen imstande sei, als eine andere: welches Präparat nun gar den Vorzug in dieser Hinsicht besitze, ist schon mit Rücksicht auf die doch verhältnismäſsig kurze Zeit, die seit ihrer Einführung verstrichen, definitiv wohl noch nicht zu entscheiden. — Wir müssen eben vor allem immer bedenken, daſs die Syphilis eine

chronische Infektionskrankheit ist, die natürlich auch chronisch behandelt werden muſs; und damit komme ich zur Schluſsfrage: wie lange soll man behandeln?

Gewiſs sagt mit gutem Recht LASSAR[20]: „Eine langwierige, in ihren wiederauflebenden Rückfällen unberechenbare Durchseuchung fordert der Natur der Sache nach eine möglichst hingezogene Kur.“

Betreffs der von FOURNIER vorgeschlagenen und bei uns in Deutschland besonders warm von NEISSER empfohlenen, perennierenden Behandlungsart fand L. nur ganz vereinzelte Personen hierzu geneigt: ich glaube jedoch, daſs wenn einmal erst die Hausärzte ihren ganzen Einfluſs in diesem Sinne geltend machen, daſs die Wiederholung der Kur eben auch zu erfolgen hat, ohne daſs gerade ein Wiederaufleben neuer, manifester Symptome die Existenz der Krankheit verraten haben muſs, daſs Theorie und Praxis in seltener Übereinstimmung dargetan haben, wie lange Zeit die Syphilis im sog. Latenzstadium verharren kann, um plötzlich, wie ein Blitz aus heiterm Himmel, einen zweifellosen Beweis von der, sogar noch im infektiösen Stadium befindlichen, längst als abgethan erachteten Krankheit, zu erbringen vermag, dann werden die Ratschläge der Spezialärzte nicht ungehört verhallen; ihre Mahnungen nicht mehr als Ausgeburt allzugroſser Sorgfalt und Ängstlichkeit, vielleicht veranlaſst durch die ausschlieſsliche Beschäftigung mit dem Einzelfache, angesehen werden.

Wir haben darnach bei der 3 bis 4 Jahre hindurch angewandten Behandlungsweise jährlich einmal, ganz abgesehen von der ersten Kur eines Syphiliskranken, die, wie bereits oben bemerkt, stets eine möglichst energische sein muſs, eine sog. Hauptkur einzuleiten. — Daſs sich hierfür nur die Inunktionen und die Injektionen schwerlöslicher Präparate eignen. als deren Repräsentanten ich noch einmal Kalomel und Hydrarg. salicyl. mit der bereits betonten Differenzierung nenne, hoffe ich in meinen Auseinandersetzungen bewiesen zu haben. — Betreffs der Wirksamkeit sind beide Methoden als gleichwertig zu erachten: ob die eine oder andere jeweils vorzuziehen, dürfte hauptsächlich durch äuſsere Gründe zu entscheiden sein. Der Gatte, der unbemerkt eine energische Kur auch wegen vor der Ehe bereits acquirierter Syphilis durchmachen will, wird es uns gewiſs genug Dank wissen, wenn er dieserhalb nur zweimal wöchentlich den Arzt konsultieren muſs und über graugefleckte Leibwäsche der Gattin keinen weiteren Aufschluſs zu geben nötig hat.

Für die einzuschaltenden kleineren Zwischenkuren sind ebenso, wie dies oben bereits für die leichten Recidiven der Frühperiode betont wurde, die Injektionen mit den leicht resorbierbaren und schnell den Organismus passierenden Quecksilberverbindungen, unter denen ich wie gesagt die

[20] cf. l. c. pag. 11.

Kochsalz-Sublimatlösung vorziehe, oder auch eventuell die interne Darreichung etwa von Hydrarg. oxydulat. tannic. zu empfehlen.

Ich hoffe, Sie davon überzeugt zu haben, daſs, trotz der anderweitig gemachten schlimmen Erfahrungen, wir vollauf berechtigt sind, auch fürderhin die Injektionen unlöslicher Hg-Präparate als in jeder Hinsicht gleichwertig mit den Inunktionen, ja sie wegen der bequemen Applikation sogar noch übertreffend anzusehen.

Zum drittenmale für das Hydroxylamin, unter gebührender Berücksichtigung der Schweningerkur in der Dermatotherapie.[1]

Von

Dr. P. J. Eichhoff,

Oberarzt der dermatologischen und syphilidologischen Abteilung in den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Herr Dr. Georg Groddeck, der „jugendliche Schwärmer", — wie er sich selbst benannte, — kann in Bezug auf das Hydroxylamin noch nicht zur Ruhe kommen.

In No. 8 des X. Bandes der Monatshefte für praktische Dermatologie bringt er einen Artikel: „Das Hydroxylamin und die Schweningerkur", auf den ich nochmals „im Interesse der guten Sache" zu erwidern mich genötigt sehe, vielleicht zum letzten Male, wenn eventuelle spätere Artikel Groddecks ähnlich ausfallen sollten, wie sein letzterer, d. h., wenn er nochmals willkürlicherweise einen Streit vom Zaune bricht, wie hier durch seine Rede über die Schweningerkur.

Zunächst verweise ich die Leser, welche sich für die in Rede stehende „gute Sache" interessieren sollten, auf Herrn Dr. Groddecks und meine Abhandlungen in den Monatsheften für praktische Dermatologie, Bd. VIII, 1889, pag. 12, Bd. X, 1890. pag. 162, 219 und 349.

Sodann sehe ich mich veranlaſst, zu dokumentieren, daſs Herr Georg

---

[1] Anmerkung der Redaktion. Wir haben unserem langjährigen Mitarbeiter, Herrn Dr. Eichhoff, in obiger Angelegenheit als dem zuerst Angegriffenen noch einmal das Wort gegeben, sehen dieselbe aber von nun an für uns als erledigt an.

GRODDECK am 4. Oktober 1889 seine Inaugural-Dissertation über das Hydroxylamin u. s. w.“ nebst den angefügten Thesen mit Zustimmung der Berliner medizinischen Fakultät zur Erlangung der Doktorwürde verteidigte.

Von dieser Dissertation ist sein Artikel Bd. X, 1890, pag. 162 „aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten des Prof. SCHWENINGER zu Berlin“ ein fast wörtlich abgedrucktes Excerpt.

Also die Lorbeeren der auf Grund dieses Artikels im Jahre 1889 erlangten Doktorwürde waren Herrn GRODDECK nicht genug, er mufste dieselbe Arbeit noch einmal abdrucken lassen, um sie in weitere dermatologische Fachkreise zu bringen.

Ich erkläre seine Dissertation und deren nochmaligen Abdruck im Auszuge in No. 4 dieses Bandes zum zweiten Male als einen „Streitartikel“. Zeuge dafür ist in erster Linie der Ton, der in seiner ganzen Arbeit vorherrscht, und der absolut verschieden ist von dem Tone, den wir in sachlichen Entgegnungen und Erwiderungen zu finden gewohnt sind, zumal wenn man die dermatologische Jugend des Verfassers dabei berücksichtigt, sodann die Art und Weise, wie und wo er das Hydroxylamin bei den verschiedensten Hautkrankheiten anwandte und nun, da es selbstverständlich nicht gegen alle sich als Heilmittel bewährte, wie es natürlich war und nicht anders zu erwarten stand, das Mittel vollständig in Mifskredit zu bringen suchte und ihm wegen des „negativen Resultates“, welches er in diesen willkürlichsten Fällen mit ihm erzielte, „eine Zurückweisung angedeihen liefs.“

Anders stände GRODDECKS Sache, wenn er negative Resultate bewiesen hätte in den Fällen, gegen welche wir das Hydroxylamin empfohlen haben. Das hat er nun aber nicht vermocht, sondern unsere Fälle mufste er bestätigen und noch heute vielfach bestätigt sehen, während anderseits statt seiner negativen Erfolge von dritter Seite positive bei denselben Dermatosen mitgeteilt wurden.[2]

Wir kommen sodann auf die KANTOROWICZschen Erfolge mit Hydroxylamin gegen Pityriasis versicolor.

Entweder kannte GRODDECK die KANTOROWICZsche Arbeit nicht, oder er hat sie ignoriert; genug, wir haben ihm dieselbe angeführt, um ihm zu zeigen, dafs sein einziger Fall von Hydroxylaminanwendung mit negativem Erfolge bei Pityriasis versicolor fünf anderen mit positivem

[2] So wird noch in demselben Hefte dieser Fachschrift, in welchem GRODDECK sein „Hydroxylamin und die SCHWENINGERkur“ veröffentlicht, über eine New Yorker Arbeit von G. T. JACKSON (*New York. med. Journal.* 12. Oktober 1889) referiert, in welcher das Hydroxylamin in der Psoriasisbehandlung als dem Chrysarobin und der Pyrogallussäure gleichwertig erachtet und empfohlen wird. Auch hier wird der Rat gegeben, erst mit schwachen Lösungen (1 : 500) zu beginnen.

Erfolge bei derselben Krankheit gegenübersteht. Ob dieselben rasch geheilt sind oder nicht, thut doch nichts zur Sache, sie sind eben geheilt resp. sehr gebessert, während GRODDECKS Fall nicht geheilt sein soll.

Den in der KANTOROWICZschen Arbeit mitgeteilten Fall von Heilung eines sehr ausgedehnten Ekzema marginatum (Herp. tons.) übergeht GRODDECK wiederum mit einem wohlwollenden Stillschweigen. Er hätte ihn in seiner letzten Erwiderung, wenn er auch mit der Pityriasis versicolor nicht in Verbindung steht — mindestens der Unparteilichkeit wegen — jetzt, wo ich ihn auf die Arbeit verwiesen hatte, erwähnen müssen, obwohl er nicht mit seinen Befunden übereinstimmt, gerade wie bei Pityriasis versicolor.

Weiterhin stöſst sich GRODDECK daran, daſs ich behauptet habe, seine ungünstigen Beobachtungen kämen „auf einmal" gegenüber allen bis dahin günstigen. Sie kamen nämlich in Wirklichkeit auch „auf einmal", oder sagen wir lieber urplötzlich, gegenüber den bis dahin günstigen Erfahrungen von FABRY, KANTOROWICZ und mir. Denn die auch von GRODDECK in einer Anmerkung mitgeteilte Thatsache, daſs in der Berliner dermatologischen Vereinigung am 2. Juli 1889 die Herren KÖBNER und HOFFMANN sich gegen das Hydroxylamin ausgesprochen, kann man nicht wohl eher als Material für den negativen Erfolg mit dem Mittel ansehen, als bis die genannten Autoren die Anwendungsweise und Krankengeschichten genauer mitteilen. Auſserdem erklärte sich in derselben Sitzung Herr BLASCHKO für das Hydroxylamin, was die Behauptungen jener Autoren kompensieren dürfte. Demnach kam also Herrn GRODDECKS Arbeit gegen das Hydroxylamin ziemlich „auf einmal" nach ca. 1—1¼ Jahren nach soviel anderen Arbeiten für das Mittel.

Nach kurzem Atemholen wirft mir Herr GRODDECK eine „weitere Ungenauigkeit" in meiner Antwort auf seinen Angriffsartikel gegen das Hydroxylamin vor.

Ich habe nämlich gesagt, er habe 23 Fälle mit Hydroxylamin behandelt. Das sei aber nicht richtig, er habe 23 Fälle veröffentlicht, behandelt habe er weit mehr. Nun will ich hier GRODDECKS eigene Worte folgen lassen, auf Grund welcher ich mich zu der kühnen Behauptung verstieg, GRODDECK habe 23 Fälle mit Hydroxylamin behandelt. In seiner ersten Antihydroxylaminschrift sagt GRODDECK wörtlich: „Ich teile hiermit 23 Fälle der verschiedensten Hautkrankheiten mit, die ich mit dem salzsauren Hydroxylamin in einer Koncentration von 0,075—1,5 (= ¾ ‰—1½ %) behandelt habe."

Ich überlasse es jedem logisch denkenden Kollegen, darüber nachzusinnen, ob man aus diesen Zeilen ersehen muſs oder auch nur kann, was und ob GRODDECK auf der Berliner Universitätsklinik für Haut-

krankheiten noch anderes mit Hydroxylamin behandelt habe, als jene 23 Fälle.

Weiterhin sträubt sich Herr GRODDECK gegen meinen Vorwurf, daſs er alle früheren und günstigen Beobachtungen als irrtümlich hingestellt habe, und bittet, ihm das aus seiner Schrift zu zeigen.

Haben Sie denn nicht, Herr GRODDECK, an verschiedenen Stellen Ihrer Schrift gesagt, in dem Falle der Anwenduug einer spirituösen Lösung des Mittels sei vielleicht der Spiritus das heilende Agens gewesen, und in den Fällen, wo die Lösung in Wasser unter Guttaperchaverband auf die Haut fixiert worden sei, sei das hydropathische Prinzip mit verantwortlich für die Heilung zu machen? Haben Sie nicht bei der Hydroxylaminseife der Seife als solcher (und zwar nicht mit Unrecht) eine auflösende Wirkung auf die Hornschicht vindiziert, aber dann gleich hinterhergesagt: „wer weiſs, vielleicht sind Dr. EICHHOFF selbst schon leise Zweifel an der Richtigkeit seiner früheren Beobachtungen aufgestiegen?" — Haben Sie nicht die FABRYsche Gepflogenheit, seiner Hydroxylaminlösung kohlensauren Kalk zuzusetzen, dazu benutzt, den sich dadurch bildenden salzsauren Kalk als Antipsoriaticum hinzustellen? — Haben Sie endlich nicht selbst einige auf der Berliner Klinik bei Hydroxylaminbehandlung geheilte Fälle als „Naturheilungen" aufgefaſst?

Ich denke, das genügt, um Ihnen zu zeigen, daſs Sie die früheren günstigen Beobachtungen als irrtümlich dargestellt haben.

Fernerhin wundere ich mich auch heute trotz GRODDECKS Entgegnung noch darüber, daſs er auf der Berliner Universitätsklinik für Hautkrankheiten die verschiedensten Dermatosen mit Hydroxylamin behandelte, unter anderem Lupus erythematosus und Pityriasis rubra, von denen man ätiologisch noch soviel wie gar nichts weiſs, und daſs er dann nach negativen Erfolgen hierbei dem Mittel eine Zurückweisung angedeihen läſst. Man könnte ebensogut das Thiol zurückweisen, weil es nicht Lepra oder auch meinetwegen Lupus erythematosus und Pityriasis rubra heilt.

Das Recht, Hydroxylamin bei beliebigen Dermatosen anzuwenden, habe ich GRODEECK auch niemals bestritten; ich habe ihm nur klarzumachen versucht, daſs er das Mittel zu diskreditieren kein Recht hat, wenn es nicht stets den Indikationen, die seiner weitschweifenden Phantasie entsprangen, genügte.

Wir haben das Mittel nur gegen bakterielle und mykotische Dermatosen bewährt gefunden und deshalb empfohlen, und GRODDEK geht hin und macht es schlecht, weil es nicht auch bei Pityriasis rubra und Lupus erythematosus geholfen. Will er vielleicht die Freundlichkeit haben, und mir die Ätiologie dieser beiden Krankheiten etwas näher auseinanderzusetzen? — Ich gestehe offen ein, daſs ich bis heute noch nicht klar darüber bin. Ich bin mir aber wohl klar darüber, daſs es eine Menge

von guten anderen Mitteln gibt, welche auch gegen den Sarcoptes hominis, den Acarus scabiei nichts helfen und ausrichten, und dennoch gegen verschiedene Mykosen wirksam sind, ich nenne nur das Thymol, das Resorcin, das Salol, meinetwegen auch Thiol u. s. w., und somit bestreite ich GRODDECK das Recht, das Hydroxylamin, weil es bei Krätze nichts nutzt, gerade so wenig wie bei Pityriasis rubra und Lupus erythematosus, deshalb in den Schatten zu stellen, und ich sage es hier noch einmal, dafs ich mich auch darüber wundere, dafs er nicht bei Knochenbrüchen und vielleicht auch eingeklemmten Hernien das Medikament versuchte.

Die weiteren Entgegnungen GRODDECKS sind mir wirklich zu schwach, als dafs ich darauf auch nur ein Wort erwidere, und ich bemerke hier nur zum zweiten Male, dafs ich die Geschichte des „braunen Regierungsrates" heute noch gerade so auffasse, wie ehedem, und gebe ihm zurück, dafs man wissenschaftliche Sachen zum mindesten nicht mit Scherzen zu beweisen pflegt, am allerwenigsten mit so schlechten.

Wir wenden uns nunmehr zum Schlufs der GRODDECKschen Entgegnung, der gerade so, wie der Schlufs seiner ersten „Arbeit" gar herrlich zu lesen ist, und der, wie mir scheinen will, den Zweck seiner Hydroxylamin-„Arbeiten" deutlich erkennen läfst: ein Loblied auf seinen Lehrer SCHWENINGER und dessen diätetische Behandlungsversuche der Hautkrankheiten zu singen.

Nachdem wir GRODDECKS Versuch, seines Lehrers SCHWENINGER diätetische Kuren in die Dermatotherapie einzuführen, konstatiert und diese Kuren zur Abkürzung und, wie es auch wohl allgemein üblich und Gebrauch, selbst in ärztlichen Kreisen, ist (man hört doch so und so oft sagen: „er gebraucht eine „SCHWECINGER"-Kur oder sogar: er „Schweningert"), „Schweningerkur" genannt hatten, und obgleich wir uns mit Absicht jeder Kritik dieser diätetischen Kuren, gleichviel ob sie von SCHWENINGER oder sonstwem herstammen, enthalten hatten, gerät GRODDECK, weil wir ihm nicht wegen dieser Idee applaudieren, in eine unnötige Gereiztheit, indem er von „Entstellungen der SCHWENINGERschen Lehre" spricht, gegen die er als Schüler SCHWENINGERS „energisch Front machen mufs".

Wir ehren diese Anhänglichkeit GRODDECKS an seinen Lehrer SCHWENINGER und wir gönnen ihm auch gern seinen Stolz, Schüler desselben zu sein, und wollen ihm kein Jota von diesem Gefühl des Stolzes rauben, nur mufs er sich in seinem Wonnetaumel nicht so weit hinreifsen lassen, dafs er uns Behauptungen vindiziert, die wir nicht gethan haben, und dann gegen diese illusorischen Thatsachen mit einem Überflufs an Worten loszieht.

Ohne uns in eine Kritik der Lehre SCHWENINGERS im mindesten einzulassen, müssen wir uns aber wohl dagegen verwahren, dafs solche

„abstrakte Ideen", wie GRODDECK selbst es nennt, von einem der jüngsten Schüler SCHWENINGERS in die Dermatotherapie hereingebracht werden.

Diese therapeutischen Ideen SCHWENINGERS, niedergelegt in den Charité-Annalen pro 1886 als „Bemerkungen über Ekzeme und deren diätetische Behandlung" wurden übrigens auch schon anderwärts und früher in diesen Monatsheften, und zwar im Bd. VIII, 1889, No. 7, pag. 288, von UNNA kritisch besprochen, auf welche Beleuchtung wir GRODDECK zur Ernüchterung hinweisen wollen.

Daſs diätetische Behandlung bei jeder Krankheit, auch der Haut, nötig ist, daran zweifelt wohl Niemand, und darnach haben auch wir uns schon gerichtet, ehe GRODDECK die Berliner Klinik für Hautkrankheiten besuchte; wir haben auch sogar, wie jeder praktisch denkende und handelnde Arzt, bei dieser Diätetik uns schon erlaubt, zu „individualisieren", und gehen dabei keinenfalls schablonenmäſsig vor.

Was das böse Wort „Schweningerkur" noch anbelangt, das GRODDECK so sehr erregte, so ist es für uns nur eine Bezeichnung der SCHWENINGERschen Methode, weiter nichts; es enthält nicht die geringste Kritik, und soll auch nicht, wie GRODDECK vielleicht wieder denkt, „ein Scherz" sein.

Auch wir behandeln nicht nur die Krankheiten, sondern ebenso die Kranken; wir protestieren aber dagegen, daſs die medikamentöse Behandlung auf Kosten einer diätetischen an die Wand gedrückt werden soll. Dieser Protest gilt mir für die Krankheiten des Körpers insgesamt, besonders aber für die der Haut, welche als äuſserlichstes Körperorgan, zumeist den äuſseren Schädlichkeiten ausgesetzt ist und auch meistens nur äuſserlicher Behandlung in Erkrankungsfällen zugänglich ist und bedarf.

Wir geben daher zum Schluſs GRODDECK den Rat, seine beglückenden Ideen in allen andereren Fällen segenbringend zur Entfaltung kommen zu lassen, nur nicht, oder zuletzt erst bei Dermatonosen irgend welcher Art.

Versammlungen.

Kongreſs für innere Medizin.

UNNA (Hamburg): **Über die insensible Perspiration der Haut.**

Über die Folgen der Hautfirnissung und deren Ursachen herrscht bei den Physiologen noch immer keine Einigung. Da in neuerer Zeit eine Reihe von firniſsartigen Bedeckungen Eingang in die Dermatotherapie gefunden haben, so ist es Pflicht der Dermatologen, sich ebenfalls mit den Folgen der Firnissung der Haut eingehend zu beschäftigen.

Deckmittel, deren Resorption nicht ernstlich in Frage kommen kann, haben das Gemeinsame, dafs sie den Verkehr der Haut mit der Aufsenwelt beeinflussen, speziell der Perspiration und Sekretion. Unna arbeitete in Gemeinschaft mit Mielck zunächst experimentell über den einfacheren Vorgang, die Perspiration. Als Modell für diese Verdunstungsversuche dienten Glastrichter, welche mit der ganzen, nur von Fett und Federn befreiten Haut von Hühnern bespannt waren und mit graduierten Röhren kommunicierten, an denen man die Mengen des durch die Häute verdunstenden Wasserdampfes leicht ablesen konnte. Wenn mittelst desselben auch nicht über die Quantität der Perspiration der lebendigen Haut Aufschlüsse erhalten werden können, so genügt das Modell doch vollkommen, um den Einflufs der in der Dermatotherapie gebräuchlichen Deckmittel, durch Vergleichung verschiedener Trichter zu ermitteln. Dieselben werden den gleichen äufseren Verdunstungsbedingungen ausgesetzt, während einige mit den betreffenden Mitteln bedeckt, andere frei sind.

Die Fette setzten in den Unnaschen Versuchen die Wasserverdunstung in regelmäfsiger Weise herab und zwar Lanolin in höherem Grade als die Glycerinfette, obwohl Lanolin mit Wasser in hohem Grade mischbar ist. Ebenso verhält sich Glycerin, welches ja auch mit Wasser in jedem Verhältnisse mischbar ist und doch dem Wasserdampf ein merkliches Hindernis entgegensetzt. Die Dunstdichtigkeit des Vaselins ist von ähnlicher Stärke wie die des Lanolins. Den reinsten Gegensatz zu den Fetten dagegen bildet die Gelatine; eine dünne Gelatinedecke vermehrt die Wasserverdunstung von der Haut. Diese Thatsache liefert die Erklärung für die längst gemachte klinische Wahrnehmung, dafs ein am ganzen Körper Eingeleimter beständig mehr oder minder friert. Ein ähnlicher Gegensatz wie zwischen den Fetten und der Gelatine findet sich zwischen den sonst so ähnlichen firnifsartigen Decken von Kautschuck und Guttapercha einerseits, Kollodium andererseits. Während die ersteren die Verdunstung und zwar Kautschuck viel mehr als Guttapercha herabsetzen, steigern dünne Kollodiumhäutchen die Verdunstung der von ihnen bedeckten Haut.

Die beiden Stoffe, Gelatine und Kollodium, welche das paradoxe Verhalten zeigen, die Wasserverdunstung zu vermehren, haben das Gemeinsame, dafs sie sich beim Eintrocknen spontan kontrahieren. Da sie aber bei der Eintrocknung auf der Haut an dieser Kontraktion gehindert sind, so mufs sich dabei ihre normale Straktur andern, sie müssen porösere Körper werden. Unna ist nun geneigt, die positive Steigerung der Perspiration durch Bedeckung mit Gelatine, resq. Kollodium auf die Veränderung zurückzuführen. welche die natürliche Dunsthülle der Haut durch Auftragung poröser Körper erfährt.

Die starke Hemmung, welche die Verdunstung durch das Vorhandensein von Fetten erleidet, erklärt auch zu einem Teil die enormen Schwankungen der Zahlen, welche die Physiologen bisher für die natürliche Wasserverdunstung der lebendigen Haut gefunden haben.

Auf die wechselnde Einfettung der Hornschicht ist dabei bisher kein Gewicht gelegt worden, wie der Vortragende des näheren an der grundlegenden Arbeit von Erismann nachweist. Deshalb sind aber auch die Thesen des Letzteren, obwohl sie in die neueren Lehrbücher übergegangen sind, nicht haltbar, nach denen die Verdunstung von der lebenden Haut nicht sowohl ein physikalischer Prozefs als das Resultat der Lebensthätigkeit der Knäueldrüsen sei. Man mufs dem gegenüber viel mehr auf die alte Anschauung von Krause zurückgehen, welcher den rein physikalischen Prozefs der insensibeln Verdunstung trennte von dem physiologischen Prozefs der sensibeln Schweifsbildung. Die letztere beginnt erst auf der Höhe einer gesteigerten Perspiratio insensibilis und nach Überwindung eines gewissen Wider-

standes; sie tritt nicht ein (bei manchen Tieren und Menschen), wo der letztere nicht überwunden wird. Es besteht also keinenfalls ein unmerklicher Übergang der Perspiratio insensibilis in Schweifs. Die erstere findet an der normalen Haut niemals ein absolutes Hindernis.

Zum Schlusse weist UNNA auf die praktischen Folgerungen hin, welche die innere Medizin aus diesen physiologischen Versuchen ziehen kann. Die Fetteinreibung erhält dem Körper Wärme und treibt grofse Wassermengen der Niere zu. Umgekehrt entzieht die künstliche Entfettung der Haut dem Körper durch vermehrte Verdunstung Wärme und entlastet die Niere. Ebenso, nur auf längere Zeit hinaus, wirkt die Einleimung des Körpers. UNNA empfiehlt daher die Entfettung der Haut mit nachfolgender Einleimung zu versuchen, erstens zur Herabsetzung des Fiebers, und zweitens zur Entlastung der Niere bei Entzündungen dieses Organs.

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Erster Kongrefs, gehalten zu Prag vom 10. — 12. Juni 1889.

III. Sitzung Dienstag, den 11. Juni.

Vorsitzender: Herr DOUTRELEPONT.

14. Prof. M. KAPOSI (Wien): **Über akute Entwickelung von Lepra bei gleichzeitig bestehender Lues.**

Zu der Krankengeschichte dieses interessanten Falles, welche in dieser Zeitschrift Bd. VIII. pag. 185 bereits referiert ist, ist noch nachzutragen, dafs die Hautinfiltrate sowohl an der Hand, als am Augenlid seit der Spitalsaufnahme sich erheblich zurückgebildet haben, und zwar derart, dafs an ihre Stelle punktförmige, narbige Atrophien zurückgeblieben sind, zwischen welche zahlreiche, diffuse und knötchenförmige, blaue und braunrote, wie lackfarben glänzende Infiltrate noch persistieren. Die Tharapie war lokal, Hg-Pflaster, Ichthyol, Jodtinktur, Liquor Burowii-Umschläge, innerlich Antipyrin und Natr. salicylic., ferner Morphiuminjektionen, wegen der noch bestehenden Schlaflosigkeit und der Neuralgie, besonders des Ulnaris.

Diskussion:

ARNING will momentan nicht entscheiden, ob es sich in diesem Falle um Lepra handelt, da der negative Bacillenbefund an der jetzt atrophischen, früher vielleicht infiltrierten Stelle der Hand nichts zu bedeuten hat, da bei Nervenlepra sich Bacillen nicht in der Haut finden (das Gegenteil jetzt durch POLLITZER bewiesen, cf. diese Zeitschrift, Bd. IX. pag. 239. Ref.); aus diesem Grunde vermutet A. auch in dem Infiltrate auf der Stirn Bacillen nicht. Gegen Lepra spreche das Fehlen der Augenmuskellähmungen, trotz der Lokalisation des Prozesses unmittelbar in der Nähe der Augen, und das Erhaltensein der Augenbraunen im Bereiche des Erythems. Nichtsdestoweniger könne er sich nicht gegen Lepra entscheiden, und wird der Fall noch weiter zu beobachten sein, besonders dürfte die Diagnose Lepra nervorum feststehen, wenn sich an den Extremitäten und am Rumpfe nach einiger Zeit noch weitere Erscheinungen zeigen würden. Eine Probeincision auf den Ulnaris könnte die Frage bereits jetzt lösen, falls man in dem Ulnaris selbst Bacillen nachweisen könnte.

EHRMANN sah Patienten vor ca. einem Jahre, damals nur Defekt der Nasenscheidewand, keine Hautknoten, dagegen auffallend die neuralgischen Schmerzen im Arm, und fand E. den Ast des Radialis, welcher sich von der Volarfläche der Hand auf die Dorsalfläche herumschlägt und hier verteilt, derb infiltriert. Bei dem von ihm

beschriebenen Fall von Neuritis im sekundären Stadium handelte es sich um keine derbe, sondern eine mehr pastöse Schwellung im Bereiche des Brachialis und nahm er daher an, dafs, falls es in diesem Falle Syphilis sei, und Syphilis war doch voraufgegangen, es sich um eine tertiäre Form handle, um eine gummöse Infiltration, und zeichnen sich die gummösen Neuritiden ebenfalls durch enorme Härte und Derbheit aus; er citiert dafür den Fall von DITTRICH und einen Fall der NEUMANNschen Klinik.

PETERSEN (Petersburg) zweifelt nicht an der Diagnose Lepra; das Erhaltensein der Augenbrauen bei der anästhetischen Form ist in Rufsland mehrfach beobachtet worden, ebenso das gleichzeitige Erscheinen der Syphilis, indem Syphilitische leprös, Lepröse syphilitisch werden. Übrigens stamme Patient aus einer Gegend, aus der dem Redner wiederholt schon Leprakranke zugekommen waren.

Gründler-Dresden.

15. NEUMANN (Wien): **Zur Kenntnis der klinischen und histologischen Veränderungen bei Erkrankungen der Vaginalschleimhaut.** (Bereits in dieser Zeitschrift referiert.)

16. **Über die Bedeutung der Gonokokken für Diagnose und Therapie**, von NEISSER.

Trotz aller in den letzten Jahren von den verschiedensten Autoren (MANNABERG und LUSTGARTEN, ZEISSL, OBERLÄNDER, LEGRAIN) erhobenen Bedenken und Einwürfe hält NEISSER an der pathogenetischen Bedeutung der Gonokokken und ihrer diagnostischen Verwertbarkeit fest. Er gibt zu, dafs zwar sowohl durch mechanische, chemische etc. Irritation als auch durch andere Mikroorganismen eine eiterige Entzündung der Harnröhrenschleimhaut hervorgerufen werden kann, welche eine wirkliche Gonorrhöe vorzutäuschen imstande ist, — aber eine unter dem feststehenden Bilde der Gonorrhöe auftretende Schleimhauterkrankung erhält ihren eigentlichen Charakter durch das Vorhandensein des Gonococcus in dem Sekret. Wo kein Gonococcus, da keine Gonorrhöe, und umgekehrt. Wenn schon die zahllosen vergeblichen Versuche, mit den aus der Harnröhre und aus Gonorrhöe-Eiter gezüchteten Nicht-Gonokokken eine Gonorrhöe zu erzeugen, laut reden für die Thatsache, dafs der Gonococcus das eigentliche Virus der Krankheit sei, und wenn schon die vielen negativen Impfungen, welche mit gonokokkenfreiem Eiter und Sekreten angestellt wurden, auf jene Thatsache hinweisen, so wurde der Hauptbeweis doch erst kürzlich erbracht, als es BUMM gelang, durch ein unanfechtbares Verfahren, Reinkulturen der Gonokokken darzustellen und durch Verimpfung dieser Reinkultur (in 38. Generation) eine Gonorrhöe zu erzeugen. Die Behauptung, dafs auch im nichtgonorrhoischen Eiter Gonokokken zu finden seien, kann sich NEISSER, zumal in Rücksicht auf die Zuverlässigkeit der GRAMschen Färbung nur mit dem Mangel an Routine und Exaktitude der betreffenden Untersuchenden erklären.

Gegenüber LUSTGARTEN und MANNABERG betont N., dafs in der Gruppe der Diplokokken die intercelluläre Lagerung eine den Gonokokken fast ausschliefsliche Eigentümlichkeit sei. Diplokokken, die intercellulär gelagert waren, waren nach N.s Untersuchungen eben keine Gonokokken. — Die Wichtigkeit und Bedeutung des Gonokokkennachweises zeigt N. an mehreren Beispielen: Nur durch ihn konnte z. B. festgestellt werden, dafs es eine gonorrhoische Vaginitis bei erwachsenen Frauen nicht gibt, dafs vielmehr der Sitz der Gonorrhöe beim Weibe die Urethra, der Cervikalkanal, die Uterushöhle und die in die Vulva einmündenden Drüsenausführungsgänge sind; nur durch ihn kann sich der Arzt Klarheit darüber verschaffen, ob eine

chronische Urethritis noch infektiös ist oder nicht. Nachdem NEISSER dann noch auf die Unzulänglichkeit der Endoskopie (OBERLÄNDER)· bezüglich Diagnose und Therapie hingewiesen, legt er seine Ansichten über die Behandlung der Gonorrhöe dar. Dieselbe mufs den Zweck haben: 1. die Infektionserreger zu beseitigen, 2. die durch den Krankheitsprozefs in der Schleimhaut entstandenen Veränderungen zu heilen. Demzufolge vertritt N. den Standpunkt der abortiven Behandlungsmethode, nicht in dem alten Sinne, durch die stärksten Ätzmittel zugleich mit den Gonokokken die gräulichsten Verwüstungen in der Harnröhre anzurichten, sondern es müssen die Arzneimittel so gewählt werden, dafs sie die Kokken zu tödten imstande sind, dabei aber die Schleimhaut, speziell Epithel und Papillarkörper, unbedingt schonen, und keinerlei Entzündung hervorrufen. Anzuwenden sind antiparasitäre und nebenbei auch adstringierende Mittel, und zwar soll man mit der Behandlung möglichst früh (schon am ersten oder zweiten Tage) beginnen und dieselbe konsequent so lange fortsetzen, als noch Gonokokken nachzuweisen sind und selbst dann noch längere Zeit fortfahren, weil man nicht sicher ist, dafs noch in irgend einem versteckten Winkel der Harnröhre der eine oder andere verderbenbrütende Gonokokkus zurückgeblieben ist. Neben der lokalen Behandlung ist natürlich die allgemeine nicht aufser Acht zu lassen. Die Behandlung der chronischen, nicht gonorrhoischen, Urethritis ist eine Sache für sich und hat mit der der Gonorrhöe nichts zu thun. Welche lokalen Mittel NEISSER anwendet, soll einer der folgenden Redner (Herr FRIEDHEIM) den anwesenden Kollegen erzählen.

17. STEINSCHNEIDER (Franzensbad): **Über seine in Verbindung mit Dr. Galewsky (Breslau) vorgenommenen Untersuchungen über Gonokokken und Diplokokken in der Harnröhre.**

Die von den beiden Forschern angestellten zahlreichen Versuche, Gonokokken auf künstlichen Nährböden zu züchten, blieben fast völlig erfolglos. Das einzige, was erreicht wurde, war, dafs auf einem aus Eiweis, Fleischwasser, Pepton und Agar bestehenden Nährboden einigemale eine zweite Generation gezüchtet werden konnte; eine dritte Generation war absolut nicht zu erzielen.

Zur Differenzierung der Gonokokken blieb daher nur Tinktionsmethode übrig. Das zur Untersuchung bestimmte Sekret wurde mittelst einer Platinnadel etwa aus dem mittleren Teil der Urethra genommen, nachdem die Glans penis aufsen und innen mit einer argent. nitr. Lösung gereinigt war. Gefärbt wurde nach der GRAMschen Methode, nachgefärbt mit Bismarckbraun. Die nur Bacillen, Staphylo- und Streptokokken enthaltenden Kolonien wurden ignoriert, und nur die Diplokokken enthaltenden weiter beachtet. Das Resultat war:

1. In der männlichen Urethra wohnen und vermehren sich aufser den Gonokokken vier Arten von Diplokokken.

2. die Gonokokken und zwei dieser Arten entfärben sich nach GRAM, die zwei anderen entfärben sich nicht.

3. Die von ROUX vorgeschlagene GRAMsche Methode, Gonokokken von anderen Diplokokken zu unterscheiden, gibt in 95,35 Prozent der Fälle vollkommen sichere Resultate.

4. Um die Gonokokken, welche nach Behandlung mit GRAMscher Methode farblos geworden, wieder sichtbar zu machen, ist die Nachfärbung mit Bismarckbraun zu empfehlen.

Über Vulvovaginitis gonorrhoica der kleinen Mädchen, von Dr. STEINSCHNEIDER in Franzensbad.

Es wurden 5 Fälle nach Roux-Gramscher Methode untersucht und bei allen das Vorhandensein von Gonokokken konstatiert.

18. Herr Jadassohn (Breslau): **Beiträge zur Lehre von der Urethritis posterior.**

Die verschiedenen Methoden zur Diagnose der Urethritis posterior besprechend, ist Vortragender der Ansicht, dafs

1. die rein klinische, auf Verwertung der klinischen Krankheitssymptome beruhende Diagnose die unsicherste ist, weil bei dem langsamen, kaum merklichen Weiterschreiten der Entzündung die Symptome zu wenig differieren, also unsicher und unverwertbar sind;

2. die endoskopische Untersuchung einerseits in diesem Teil der Harnröhre sehr schwierig und eine nicht irrelevante Manipulation ist, anderseits die Übertragung des Virus durch den Tubus in die vielleicht nicht erkrankte Pars posterior möglich ist;

3. die Untersuchung mittelst Sonden dieselbe Gefahr, wie die Endoskopie in sich birgt. und, weil auf Aussagen über Schmerzhaftigkeit etc. des Patienten angewiesen, unsicher ist, und dafs sie nur in vorgeschrittenen Fällen mit bereits eingetretenen Verengerung des Lumens zuverlässig ist;

4. die Zweigläserprobe nicht ausreicht, wenn, was häufig vorkommt, nur ganz geringe Mengen dickflüssigen Eiters in der Pars posterior produziert werden, die nicht in die Blase abfliefsen und also auch den Urin im zweiten Glase nicht trüben können;

5. die Methode der Ausspülung der Harnröhre bis zum Musc. compressor mittelst Katheter und nachfolgender Zweigläserprobe die wissenschaftlich sicherste und darum praktisch wichtigste Methode sei, was Vortragender durch Mitteilung der an 163 Fällen gemachten Beobachtungen belegt. In 87,7 % der Fälle konnte das Miterkranktsein der Pars posterior konstatiert werden.

Was den Nachweis von Gonokokken in dem Sekret der erkrankten Pars post. betrifft, so konnte der Vortragende diesen Nachweis sogar in einer ganzen Anzahl von Fällen führen, bei denen in der Pars anter. schon keine Kokken mehr vorhanden waren.

Zum Schlufs spricht Vortragender, gestützt auf einige Fälle von Epididymitis die Ansicht aus, dafs Epididymitis ohne Urethritis posterior eine Seltenheit, aber doch auch eine Möglichkeit sei.

19. Herr Finger (Wien): **Bemerkungen über das Regurgitieren von Eiter aus der Pars posterior der Urethra in die Blase, mit Demonstration.**

Die Zweigläserprobe ist unzulänglich: Trübung des Urins im zweiten Glase beweist nicht das Vorhandensein einer Cystitis, denn der Eiter kann sowohl durch Regurgitieren aus der Pars posterior in die Blase — wegen des Überwiegens des Musc. compressor extern. über den Internus — in die Blase gelangt sein, als auch dadurch, dafs bei zunehmender Füllung der Blase der Sphincter internus nachgibt und ein Teil der Pars prostatica, als Blasenhals mit in die Blase einbezogen, seinen Eiter in dieselbe entleert.

Die Differentialdiagnose zwischen Urethritis posterior und Cystitis stellt der Vortragende in folgender Weise: Beide Portionen des frischen, nicht zu lange in der Blase gewesenen noch warmen Urins werden filtriert und das Sediment untersucht. Bei Urethritis posterior besteht das Sediment ausschliefslich aus Eiterkörperchen, deren ein Teil Gonokokken führt; bei Urethro-Cystitis posterior findet man aufserdem reichliches Blasenepithel, und nebenbei allerlei Bacillen und Kokken.

20. Herr Jacobi (Breslau): **Über sogenannte gonorrhoische Vulvitis und über chronische Ulcerationen an den Genitalien Prostituierter.**

Der Vortragende bestreitet die Ansicht Oberländers, dafs gewisse entzündliche Veränderungen an der Vaginalschleimhaut Prostituierter, welche entweder in einer glasigen Schwellung der Urethralkarunkeln und Carunc. myrtiformes mit nachfolgender von Erosionen und Ulcerationen begleiteter Hypertrophie, oder in einer trockenen follikulären und perifollikulären, ohne Ulceration in Narbenbildung übergehenden Entzündung der Schleimhaut des Introitus vaginae bestehen, gonorrhoischer Natur seien. Abgesehen davon, dafs niemals in einem Geschwürssekret Gonokokken nachgewiesen wurden und man also auch von Geschwürsprozessen auf gonorrhoischer Basis nicht reden kann, so spricht gegen die Oberländersche Ansicht besonders auch das im Verhältnis zu der fast bei jeder Prostituierten vorhandenen chronischen Gonorrhöe relativ seltene Vorkommen der quest. Affektion. Jacobi fand letztere nur bei 15 von 800 Prostituierten, und von diesen 15 litten nur 2 sicher an Gonorrhöe, während 10 zur Zeit der Untersuchung sicher keine Gonorrhöe hatten.

Ferner lieferte die genaue histologische Untersuchung nichts, was für eine gonorrhoische Natur der Affektion gesprochen hätte.

Der Vortragende glaubt, dafs, was die Ätiologie dieser Affektionen anlangt, zwei Momente bei dem Zustandekommen derselben zusammenwirken: Nach irgend einem ulcerösen Prozefs (Ulcus molle, Primäraffekt) entsteht eine Narbe; diese wird dann durch das häufige Trauma des Coitus wieder aufgerissen und wird immer von neuem wieder zum Geschwür. Die Infiltration und Starrheit des Gewebes schreitet fort und das Geschwür wird darum immer gröfser. Auch glaubt Jacobi, dafs die häufig vorkommenden tiefen Bubonennarben den Lymphstrom in den Genitalien behindern und dadurch Ödem derselben hervorrufen; in diesem Ödem nun sei ein günstiger Boden für die Entstehung derartiger Ulcerationen geschaffen.

21. Herr Klotz (New-York): **Ein Wort zu Gunsten der endoskopischen Behandlung der chronischen Gonorrhöe.**

Der Vortragende unterzieht die verschiedenen endoskopischen Methoden einer Besprechung und erklärt sich für die von Grünfeld eingeführten einfachen Tuben mit getrennter Lichtquelle. Sodann schildert derselbe in eingehender Weise die Vorzüge, welche die Behandlung der verschiedenen krankhaften Zustände und Veränderungen der Schleimhaut der Urethra mittelst der Endoskopie vor den andern Behandlungsmethoden hat, bei denen man die Vorteile eines vor Augen liegenden Operationsfeldes entbehren müsse.

22. Herr Grünfeld (Wien): **Endoskopische Befunde bei Tripperinjektionen.**

Bei der Endoskopie der Urethralschleimhaut nach Anwendung der üblichen schwachen Injektionsmittel, sowie nach Einführung von Bougies findet man eine einfache Hyperämie derselben.

Nach Einspritzung von sedimentierenden Mitteln, wie Plumb. acet., Alaun, Kali hypermang. Tannin, besonders auch Bismuth, findet man das Sehfeld mit den entsprechenden Sedimenten bedeckt. Nach Anwendung stärkerer Mittel findet man eine Anätzung, Verschorfung der Schleimhaut in gröfseren oder kleineren Partien, von wechselnder Farbe und Tiefe.

Aufserdem trifft man Epithelialauflagerungen von verschiedener Gröfse und Dicke an.

Endlich hat Grünfeld auch nach längerer Anwendung schwacher Lösungen von Arg. nitr. Argyrie der Urethralschleimhaut beobachtet.

23. Herr LASSAR (Berlin): **Demonstration klinischer Wachspräparate.**

Gelegentlich eines Besuches im Museum BARETTA in Paris auf diese Darstellungsweise aufmerksam gemacht, hat LASSAR ebenfalls in Berlin eine Menge naturgetreuer Abdrücke anfertigen lassen, und legt sie der Gesellschaft zur Ansicht vor. Dieselben betreffen: Xeroderma pigmentosum, Lichen ruber, Psoriasis, Impetigo, Lupus, Lues, Akne u. s. w.

Das Verfahren ist folgendes:

Vom kranken Teil wird ein Gypsabdruck genommen, dieser mit gefärbtem Wachs ausgegossen und das erkaltete Wachsrelief porträtmäfsig behandelt.

Dreckmann-Recklinghausen.

(Schlufs folgt.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Cirkulationsstörungen.

Ein Fall von hämorrhagischer Diathese nach Influenza, von stud. med. RICHARD PICK. (*Prager med. Wochenschr.* 1890. No. 11.) Verf. teilt die Krankengeschichte eines 19jährigen Mannes mit, welcher im Anschlusse an durchgemachte Influenza multiple Blutungen in die Haut und in das subkutane Zellgewebe, sowie hochgradige Parese der linken Körperhälfte zeigte. Das Sensorium war total benommen. Unter tiefem Sopor trat der Tod ein. Der Sektionsbefund ergab: Schwere Hirnhämorrhagie, zahlreiche Blutungen in die Pleura, ins Perikard, subkutane Gewebe und Cutis, in den Pharynx und Magen. *Leistikow-Hamburg.*

Über Dermographie, von C. FÉRÉ und H. LAMY. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière.* 1889. pag. 283.) Die Verff. verstehen unter Dermographie das, was man allgemein mit dem Namen „Urticaria factitia" bezeichnet. Sie besteht in dem Auftreten von Quaddeln bei gewissen Personen infolge des Bestreichens der Haut mit einem harten Gegenstand, z. B. mit einem Papiermesser. Diese Quaddeln sind anfangs rot, dann weifs, und bestehen von 20 Minuten bis zu mehreren Stunden. Diese Erscheinung ist schon von GULL, DUJARDIN-BEAUMETZ, CHAMBARD u. A. beschrieben und ist viel häufiger als man zu sehen bekommt. Bei 130 Epileptischen und Nervösen konstatierten die Verff. dieselbe 7 Mal in hohem, 18 Mal in mittlerem und 21 Mal in schwächerem Grade. Man kann sie überhaupt sehr leicht hervorrufen auf der Haut des Thorax und vorzüglich des Rückens. Die betreffenden Personen leiden nicht an Urticaria ab ingestis, welch letztere gewöhnlich diese Dermatose hervorrufen. *Jeanselme-Paris.*

(Übersetzt von P. TAENZER-Leipzig.)

Über eine Epidemie von infektiösem Erythem im Verlaufe des Typhus, von HUTINEL und M. DE GIMARD. (*Médecine moderne.* 1890. 5. Juni.) Unter 38 typhuskranken Kindern, welche im Hôpital des Enfants malades aufgenommen worden waren, beobachteten die Verff. im Verlaufe der Krankheit oder während der Konvalescenz 12 Fälle eines speziellen Erythems, das in einigen Fällen tödtlich endete.

Die mehr oder minder entkräfteten Kinder, welche in unmittelbarer Nähe dieser Typhuskranken lagen, haben keine ähnlichen Symptome gezeigt.

Von 12 Fällen verliefen 5 letal. Im allgemeinen waren die schwersten Fälle diejenigen, welche im Verlaufe des Typhus auftraten, während die leichteren Fälle mit Vorliebe während der Konvalescenz eintraten. Die Eruption war immer dieselbe; es bestand in Flecken, analog denen bei Masern, welche bisweilen ein leichtes Relief darstellten und unter dem Fingerdruck verschwanden. An gewissen Stellen mischen sich die Elemente zu einem glatten, etwas hervorragenden Fleck. Die Ausbrüche lokalisierten sich nach und nach an den Extremitäten. Sie traten fast immer und ziemlich symmetrisch auf, auf dem Handrücken, Handgelenk, Ellbogen, Fuſsrücken, Knien, Hinterseite der Schenkel, Hinterbacken und Sakralgegend. Nur selten befiel der Ausschlag das Gesicht, begrenzte sich dann an den Augenlidern und im Umkreis der Augen. Zuweilen ist der Ausschlag universell und gewinnt dadurch ein scharlach-ähnliches Aussehen. Bei einem Kranken waren die Flecke purpurfarbig, bei einem anderen konnte man eine centrale Papel, mit einem darum gelegenen Hofe beobachten; bei einem dritten trat an Stelle der Papel eine „Vesico-Pustel."

In den leichteren Fällen dauerte die Eruption 4—5 Tage und endigte mit Abschuppung, aber in gröſseren Schuppen als bei Masern; niemals gab es ein Enanthem, noch einen Nasen- oder Bronchialkatarrh. Leichtes Fieber bezeichnet den Anfang der Eruption, es fällt rapid wieder, manchmal sogar unter die Norm; es wurde ein Fallen sogar bis 35,6° beobachtet. Blässe, Prostration und Abmagerung waren vorherrschend.

In den letal verlaufenen Fällen gingen dem Exanthem aphthöse Beläge, Fissuren an der Unterlippe oder zuweilen eine intestinale Hämorrhagie oder abundante Diarrhöen voraus.

Dann erschienen plötzlich sehr schwere Symptome: Anhaltendes Erbrechen dunkelgrüner Massen, dunkelgraue bis schwärzliche sehr fötide Stühle, das Gesicht nahm einen Ausdruck an, ähnlich dem, den man bei Peritonitis, Albuminurie und hochgradiger Prostration beobachtet. Die Temperatur, anfangs etwas erhöht, fiel rapid bis zur Norm, um sich beim Beginn des Todeskampfes wieder zu erheben. Um daher die Schwere der Prognose zu begründen, muſs man sich auf die Koexistenz von schweren Allgemeinerscheinungen wohl mehr als auf das Faktum der Hautsymptome stützen.

Anfangs ist die Verwechslung mit Masern leicht möglich, aber das Fehlen des Enanthems, des Katarrhes, die Lokalisation des Hautausbruches an den Extremitäten sprechen gegen diese Diagnose.

Das Ergriffensein der Peyerschen Follikel, welches durch die Autopsie bestätigt wurde, zeigte, daſs es sich zweifellos um heftigen Typhus handelte und nicht um ein von pseudotyphösen Erscheinungen begleitetes Erythem.

Die Therapie, welche in der Darreichung von Chinin. sulfur., Bismuth. salicyl. bestand, konnte nicht als Ursache der Affektion herangezogen werden, da mehrere Kinder, welche daran erkrankt waren, nicht zur Einnahme dieser Medikation überredet werden konnten.

Vielleicht könnte man dieses Erythem als eine Toxidermie durch Leukomaine bezeichnen, welche in dem typhösen Verdauungskanal entstanden und analog sind der Urticaria mit Verdauungsstörungen.

Nach der Meinung der Verff. handelt es sich vielmehr um eine Sekundärinfektion, deren Eingangspforte die konfluierenden aphthösen Plaques waren, deren Vorhandensein in allen sorgfältig untersuchten Fällen konstatiert wurde. Nach dieser Hypothese wurden die Hautsymptome durch bakterielle Invasion verursacht; die Kulturversuche aus dem den Erythemflecken oder dem Herzen kurz nach eingetretenem Tode entnommenen Blute fielen negativ aus.

Die Verff. beschliefsen ihre Abhandlung mit einer sehr ausführlichen Übersicht und bemerken, dafs in allen bisher publizierten Fällen man viel zu wenig den Ernst der Prognose hervorgehoben hat. *Jeanselme-Paris.*

(Übersetzt von P. TAENZER in Leipzig.)

Ein weiterer Fall von Sulfonal-Exanthem, von Dr. SCHOTTEN in Cassel. (*Therap. Monatshefte.* 1890. No. 4.) Bei einer 66 Jahre alten unverheirateten Dame stellte sich nach Gebrauch von 1 g Sulfonal am andern Morgen ein Erythem ein, das nur auf das Sulfonal zurückgeführt werden konnte, wofür auch die Art der Ausbreitung sprach. *L. Hoffmann-Berlin.*

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *Cutiserkrankungen.*

Über eine Epidemie von schankerartigen Impfpusteln, von H. LELOIR. (*Publication du Bulletin Medical.*) Von einem 9jährigen Impfling waren in Motte-Au-Bois 43 gröfsere Kinder mit je 3 Stichen abgeimpft worden. Bei allen Kindern ulcerierten die Impfpusteln und nahmen das Aussehen eines primären harten Schankers an, so dafs L. erst, als nach Monaten keine Sekundärerscheinungen aufgetreten waren, die Epidemie für nicht syphilitisch erklärte. Sehr launig erzählt er nebenbei, wie durch eine vorzeitige Veröffentlichung die ganze Gegend in Aufregung geriet und die Impfgegner das Vorkommnis zu ihren Gunsten auszubeuten versuchten. — Das Leiden scheint ekthymatöser Natur gewesen zu sein. *Türkheim-Hamburg.*

Zwei Fälle von Mycosis fungoides, von Dr. R. LEDERMANN. (*Archiv für Dermatologie u. Syphilis.* 1889.) Der erste Fall betraf eine 52jährige Frau, bei der die Affektion vor einem Jahre entstanden war und sich im Gesicht, am Hals, auf dem Rücken, der Brust, Leib und Vorderarmen lokalisiert hatte. Sämtliche Efflorescenzen sind verschieblich und nicht mit der Unterlage verwachsen und bestehen teils in Tumoren mit und ohne Kruste, teils in rötlichen schuppenden Plaques. Unter Arsentherapie (per os und subkutan) wurde die Patientin gebessert entlassen, stellte sich aber nach einem halben Jahre wieder vor mit ziemlich weit fortgeschrittener Krankheit.

Interessant ist für uns das absolut negative Resultat an Mikroorganismen. Die histologischen Veränderungen betrafen nur die Cutis; von denen die wichtigsten sind: Starke Rundzelleninfiltration des periglandulären Gewebes, auch im Lumen der Drüsen. Vehnen stark dilatiert. Entartung der Adventitia durch das Granulationsgewebe. Grofse mit Blutresten gefüllte Hohlräume. Neben den Rundzellen finden sich auch Spindelzellen und Mastzellen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen 41jährigen Zimmermann, der die Entstehung seines Leidens als furunkelähnlichen Tumor in der Gesäfsgegend auf den Juni 1888 verlegt. Lokalisation der Tumoren, Plaques etc. an beiden unteren Extremitäten. Dieser Fall zeichnet sich durch Bildung grofser Abscesse an der Fufssohle und im linken M. vastus ext. aus. Mikroskopischer Befund: Hornschicht durch einen schmalen Schuppenbelag ersetzt. Rete Malpighi intakt. Die Veränderungen in der Cutis beginnen immer an den Papillargefäfsen, den Schweifsdrüsen-

knäueln und den Haarbälgen, und an den Gefäſsen der Cutis. Mikroorganismen sind auch in diesem zweiten Falle nirgends gefunden worden.

Bezüglich der Frage, zu welcher Klasse von Geschwülsten die Tumoren gehören, neigt sich L. der Ansicht zu, daſs es sich hier weder um Sarkome (Kaposi, Funk), noch um Lymphadenie (Besnier, Vidal), sondern um einen chronisch entzündlichen Prozeſs der Haut auf parasitärer Grundlage handelt, wie wir dies bei der Lepra sehen. Wie sich dies nach dem absolut negativen bakteriologischen Ergebnis zusammenreimen läſst, sagt uns der Verf. nicht.

Die oft wiederkehrende Schreibweise „der" Plaque statt „die" Plaque beruht jedenfalls auf einem Druckfehler im Lexikon des Setzers.

P. Taenzer-Leipzig.

Über Elephantiasis Arabum, von W. Ulrich. (Dissertation. Bonn 1889.) U. gibt eine kurze Übersicht über den derzeitigen Stand der Elephantiasis-Frage im Anschluſs an einen Fall von Elephantiasis des linken Unterarms, der auf der Bonner chirurgischen Klinik zur Beobachtung kam. In dem betreffenden Fall handelte es sich um Elephantiasis congenita, deren Trägerin 17 Jahre lang ungehindert damit in fremden Diensten gestanden hatte. *Türkheim-Hamburg.*

Zur Behandlung der Ulcera mollia, von Dr. Georg Letzel. (*Allgem. Med. Central-Zeitung.* 1889. No. 104.) L. empfiehlt bei Ulcus molle drei- bis fünfmalige Pinselungen mit Liquor ferri sesquichlorati, hierauf Kalomelinspersion. In wenigen Tagen erfolgt danach Überhäutung. Der Schmerz schwindet immer 3 Minuten nach der Ätzung. Die Pinselungen werden mit kleinem Wattepinsel vollzogen, welcher immer längere Zeit angedrückt gehalten wird und mit dem alle Buchten des Geschwürs ordentlich ausgerieben werden. *Leistikow-Hamburg.*

Über Infektion mit Aktinomykose durch einen Holzsplitter, von E. Müller (Tübingen). (*Bruns Beiträge zur klin. Chirurgie.*) Eine Frau hatte sich vor zwei Jahren einen Holzsplitter des tannenen Stubenbodens in die rechte Hohlhand an der Grenze zwischen erster Phalanx des Mittelfingers und Handteller gestoſsen, ihn aber vermeintlich gleich wieder ausgezogen. Die Wunde schloſs sich schnell wieder und es bildete sich an der Stelle ein kleines Knötchen, das ganz langsam wuchs und sich schlieſslich entzündete. Bei der nunmehr erfolgenden Operation entpuppte sich die kleine Geschwulst als Aktinomykose. — Die Frau hatte nie etwas mit Vieh zu thun; es ist also als sicher anzusehen, daſs der Pilz durch die verletzte Haut in den Körper gelangte, für welche Möglichkeit bis jetzt erst ein Fall vorlag. — Der Pilz muſs zufällig auf das Holz geraten sein, denn das Haus, dem er entstammte, war völlig frei von Hausschwamm; (nach Poleck sollen Aktinomyces und Hausschwamm identisch sein). In der Geschwulst fand sich noch ein Splitter vor, der mit einem dichten Gewirr von Pilzfäden bedeckt war. *Türkheim-Hamburg.*

Behandlung der Akne mit Borsäure und Alkohol, von Sarah E. Post M. D. (*Med. News.* 1890. Jan. 18.) Nach Dr. Löwenbergs Vorschlag zur Behandlung der Furunkulose hat Verfasserin, von der Betrachtung ausgehend, daſs die beiden Affektionen pathologisch-anatomisch graduell nur verschieden sind, seit den letzten Jahren folgende Therapie für Akne empfohlen: Abends wird das Gesicht mit heiſsem Wasser, dem einige Tropfen Salmiakgeist zugesetzt sind, gebadet, ohne gleichzeitige Anwendung von Seife; darauf Abspülen des Gesichts mit kaltem Wasser, Abtrocknen desselben und Auftragen der Borlösung mit einem weichen Läppchen. Dieselbe hinterläſst beim Trockenwerden eine feine, angenehme Schicht von Borsäurepuder.

Morgens soll das Gesicht nicht gewaschen, sondern nochmals mit der Borlösung betupft werden, was auch mehrmals im Laufe des Tages geschehen kann. Die Lösung besteht aus Acid. boric. 5,0, Spirit vin. 80,0. *Philippi-Nieheim.*

Beitrag zur Behandlung der Gesichtsrose, von Dr. Carl Rosenthal. (*Therap. Monatshefte.* 1890. No. 3.) Dem Verf. gelang es in einem Falle durch einige Karbolsäureinjektionen ein beginnendes Gesichtserysipel im Keime zu ersticken. Die Thatsache, daſs man es ohne groſse Besorgnis wagen kann, auch im Gesicht die Hüterschen Injektionen anzuwenden, und daſs dieselben sicherlich keinen erheblichen Schmerz verursachen, wird hoffentlich eine allgemeinere Anwendung der genannten Therapie begünstigen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Framboesia oder „Coko", von Alex J. F. Skottowe. (*Glasgow Med. Journ.* März 1890.) Verf. macht einige kurze Angaben über seine auf den Fijiinseln angestellten Beobachtungen dieser Affektion. Dieselbe besteht aus einem Ausschlag von Knötchen, welche um etwa 1/8 Zoll das Hautniveau überragen und eine Ausdehnung bis zu einigen Zoll der Fläche nach gewinnen; die Oberfläche dieser Stellen ist uneben, blutet ziemlich leicht, hat eine gelbliche Farbe und sondert mehr oder weniger reichlich Sekret ab. Als Prädilektionsstellen sind die Umgebung des Mundes, der Nase, Augen, des Anus, der Vagina, also Lokalitäten, wo ein Übergang von Cutis in Schleimhaut stattfindet, zu nennen, und es erreicht der Ausschlag hier auch seine gröſste Ausdehnung. Gelegentlich finden sich aber die Knötchen über die ganze Körperoberfläche verbreitet. Einmaliges Überstehen der Krankheit scheint absolute Immunität zu gewähren, doch dauert das Leiden oft Monate und Jahre lang und hinterläſst manchmal erhebliche Narbenbildung. Es ist hochgradig kontagiös. Die Eingeborenen pflegen ihre Kinder absichtlich der Infektion auszusetzen, weil sie das Überstehen der Krankheit für ein Erfordernis zur gesunden und kräftigen Körperentwickelung halten. *Philippi-Nieheim.*

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Über die Jodoformbehandlung der tuberkulösen Abscesse, insbesondere der spondylitischen Senkungsabscesse, von Professor Dr. P. Bruns. (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, herausgegeben von Bruns, Czerny, Kroenlein, Socin. IV. Bd.) Der allgemeinen Einführung der Jodoformbehandlung kalter und anderer tuberkulöser Abscesse standen bisher hauptsächlich zweierlei Hindernisse im Wege, das eine theoretischer, das andere praktischer Natur.

Baumgarten und Rovsing hatten gezeigt, daſs das Jodoform gegenüber den Reinkulturen von Tuberkelbacillen keinen entwickelungshemmenden Einfluſs hatte, ja sogar behauptet, daſs das Jodoform durch seine irritierende Wirkung die Gewebe zu einem besseren Nährboden für die Tuberkelbacillen machte. Im Gegensatz zu dieser Theorie standen einmal die Untersuchungen von Bruns und Nauwerck, welche Schritt für Schritt in allen Stadien der Heilung jodoformierte Abscesse excidierten und den günstigen Einfluſs des Jodoforms konstatierten, auſserdem und besonders aber auch die therapeutischen Resultate der Jodoformbehandlung im Vergleich zu anderen Behandlungsmethoden.

Um allen möglichen Einwendungen bezüglich der Mischung der Injektionsflüssigkeit zu begegnen, verwendet Bruns jetzt zur Suspension des Jodoforms das indifferente Olivenöl, und die Wirkung ist gleich konstant wie bei Zusatz von Äther, Alkohol oder Glycerin.

Die von der französischen Chirurgie beliebte ätherische Jodoformlösung ist wegen der damit verbundenen grofsen Schmerzhaftigkeit, der bei dünner Haut drohenden Gangrän derselben, eventuell sogar Suffokationsgefahr, endlich wegen der möglichen Ätherintoxikation zu verwerfen.

Das praktische Hindernis, welches sich der allgemeinen Einführung der Jodoformbehandlung in den Weg stellte, ist die lange Dauer des Heilverfahrens. Dieses Hindernis darf jetzt, bei dem aufserordentlich günstigen Erfolg, mit dem man seine Geduld und Ausdauer belohnt sehen wird, nicht mehr ins Gewicht fallen.

Bruns teilt nun 12 Fälle von Psoasabscessen mit, aus denen 300—2000 ccm bei der Punktion entleert wurden. Die Injektionsflüssigkeit bestand aus einer 10%igen Emulsion von Jodoform in Glycerin, Alkohol oder Olivenöl.

Das Endresultat war, dafs von 12 Fällen 10 vollständig geheilt wurden; aufserdem konnte bei allen Patienten während der Behandlung eine auffallende Besserung des Allgemeinbefindens beobachtet werden.

Indem Bruns dann noch die Resultate anderer Autoren heranzieht, stellt er fest, dafs von 35spondylitischen Psoasabscessen vollständig geheilt wurden: 24, wesentlich gebessert 5, ungeheilt 4, unbekannten Ausgangs 2.

Mit diesen Resultaten können die Erfolge, welche andere Chirurgen mit der gebräuchlichen Methode der Incision und Auskratzung gehabt haben, und welche ebenfalls angeführt werden, einen Vergleich nicht aushalten.

Dreckmann-Recklinghausen.

Ein Fall von Lupus faciei durch interkurrentes Erysipel geheilt, von Dr. Kollath in Hamburg. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 16.) In der Sitzung des ärztlichen Vereins zu Hamburg vom 5. November 1889 stellte K. ein Kind mit Lupus fasici vor, der durch ein interkurrentes Erysipel zur Heilung kam. Patient ist ein 12jähriges Mädchen, bei welchem erst vor einem Jahre die ersten Spuren von Lupus im Gesicht aufgetreten sein sollen. Der Lupus hatte in der verhältnismäfsig kurzen Zeit zu ganz kolossalen Zerstörungen geführt; die beiden unteren Augenlider sind völlig zerstört, desgleichen die Nase; der Mund ist durch Narbenbildung in ein 2 cm breites Mikrostoma umgewandelt. Trotz der verschiedensten Mittel war der Prozefs noch im Fortschreiten, als zufällig am 23. Oktober ein Gesichtserysipel auftrat. Nach Verschwinden des Erysipels nach 8 Tagen zeigte sich eine ganz auffallende Veränderung im Aussehen des Lupus. Die ulcerierten Partien haben sich jetzt in frische Granulationsflächen umgewandelt, nirgends mehr eine Spur von Lupusknötchen; die vorher starre Haut gewinnt die Elastizität und Weichheit der normalen.

L. Hoffmann-Berlin.

c. *Syphilis.*

Behandlung der Syphilis mit Hydrargyrum benzoicum, von F. Balzer und Thiroloix. (*Médecine moderne.* 1890. 9. Januar.) Bei solchen Patienten, welche an gastro-intestinalen Störungen leiden und deren Mund in schlechtem Zustande ist, ist die Anwendung löslicher Quecksilberpräparate geboten in Form der subkutanen Injektionen trotz der täglichen Wiederholung auch noch so lebhafter Schmerzen während der Injektion.

Der erste, welcher das Hg-benzoicum in der Syphilisbehandlung anwendete und die Formeln, deren man sich bei innerer und äußerer Behandlung zu bedienen hatte, präcisierte, war Stukowenkow in Kiew. Infolge der Anwesenheit desselben in ihrem Krankenhause wurden die Verff. dazu gebracht, auch ihrerseits dies Präparat zu versuchen.

Die Formel, wie sie es anwendeten, ist genau dieselbe wie bei Stukowenkow:

Hg-benzoat.	0,3
Na Cl	0,1
Cocain. muriat.	0,15
Aq. dest.	40,0

M.

Wenn diese Lösung gut vertragen wird vom subkutanen Gewebe und wenig Schmerzen verursacht, so führt man dies darauf zurück, daſs sie Kokain enthält und das Hg-benzoicum das Eiweiſs weniger koaguliert als die andern löslichen Quecksilbersalze. 14 Frauen sind damit behandelt worden, jede hat 15—25 Injektionen bekommen, die eine sogar 40, ohne daſs man die geringste Infiltration im Bereiche des Stichkanals bemerkt hat. Die Schmerzen während des Injizierens sind nur leicht, und oft gleich Null. 8 Kranke wurden vollkommen geheilt, 4 stark gebessert; in einem Falle von schwerer Syphilis hörte man nach 31 Injektionen auf, da die Besserung zu unbedeutend war.

Niemals entstanden Abscesse, gastrointestinale Störungen oder Salivation; hier und da entstand etwas Zahnfleischreizung.

Die Injektionen müssen in solchen Regionen vorgenommen werden, wo das Zellgewebe recht locker und weit ist, z. B. am Rücken, wo sie weniger schmerzhaft sind, als an den Extremitäten. Sie dürfen nicht in das Derma selbst gemacht werden, sonst gibt es tagelange Schmerzen mit Induration. Letztere kommt häufig bei dicken Frauen vor, deren Haut sich schwer in Falten emporheben läſst.

Die Dosis soll 1½ Pravazsche Spritze umfassen, ungefähr also 0,01 Hg-benzoatum. *Jeanselme-Paris.*

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

Hydrargyrum salicylicum wird, wie Dr. Lindenborn mitteilt, auf der Abteilung des Herrn Sanitätsrat Knoblauch in Frankfurt a. M. seit langer Zeit (über 1 Jahr) mit bestem Erfolge in folgender Weise angewendet: Hydrarg. salicyl. 1,0 auf Paraffini liquidi 10,0 alle 5 Tage eine Spritze in die Hinterbacken injiziert. Abscesse oder Infiltrationen sind fast nie vorgekommen. Um bequemer einspritzen zu können, lieſs L. sich Nadeln anfertigen, die etwa das doppelte Kaliber der üblichen haben. (*Therap. Monatshefte.* 1890. No. 4.) *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall schwerer Dysenterie nach intramuskulären Kalomelinjektionen, von Dr. Hermann Cramer in Wittenberge. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1890. No. 14.) Bei einer 38jährigen Frau, welche sich bei Gelegenheit der Entbindung einer syphilitischen Frau, an einer kleinen Riſswunde am Vorderglied des linken Zeigefingers infizierte, trat schon nach kurzem Baden des Fingers in ½ ‰iger Sublimatlösung starke Salivation, Eiweiſs im Urin und Prostration der Kräfte ein, Erscheinungen, die nur vom Sublimat herrühren konnten und auch nach einigen Tagen schwanden. Als nun Roseola syphilitica auftrat, gab Verf., da er bei der Patientin eine Idiosynkrasie gegen Hg annehmen muſste, Jodkali, aber auch dieses wurde gar nicht vertragen. Es wurde deshalb alle 8 Tage 0,12 Kalomel in 1 in die Glutäen injiziert, und 5 Injektionen vertrug die Patientin ganz gut, ohne daſs Reaktionserscheinungen

aufgetreten waren. Die Syphilis war gehoben, der Finger geheilt. Zur Vorsicht wurde noch eine sechste Injektion gemacht, allein 2 Tage darnach **trat** heftigste Salivation und Stomatitis auf mit höchst widerwärtigem Foetor ex ore. An der Injektionsstelle keine Veränderung, trotzdem bekam Patientin Fieber 39,5 ° C. und am nächsten Tage starke Darmerscheinungen, Tenesmus und schleimig blutige Entleerungen, welche erst nach 5 Tagen bei sorgfältiger Behandlung schwanden.

L. Hoffmann-Berlin.

Multiple, gleichzeitig entstandene Initialsklerosen (nach der Zahl 17) am männlichen Gliede nach Scabies, von Dr. S. POLLAESIK. (*Orvosi Hetilap* 1890. No. 15.) P. teilt nach Würdigung der einschlägigen Litteratur aus der Poliklinik des Dr. S. RÓNA einen Fall von Scabies mit, wo sich — da Pat. trotz seiner Scabies den Beischlaf mit verschiedenen Damen ausübte — die Syphilis an Stellen der Pusteln, Exkoriationen einnistete. Nach Heilung der Scabies blieben am männlichen Gliede 17 linsen- bis erbsengroſse und noch gröſsere livide, scharfbegrenzte harte erodierte Papeln, welche wochenlang andauerten und von allgemeinen Erscheinungen gefolgt wurden, zurück. *Róna-Budapest.*

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über einen Fall von melanotischem Sarkom der Haut, von PETRINI und BABES (Bukarest). (Paris 1889. FELIX ALCAN.) Beschreibung eines Falles von melanotischem Sarkom des Skrotum bei einem 36jährigen Mann. Der Tumor war nach einem Trauma bei dem sonst gesunden und erblich nicht belasteten Manne entstanden. *Türkheim-Hamburg.*

II. Benigne.

b. *der Cutis.*

Über die Fibrome der Bauchdecken, von J. W. HEERDINK. (Inaug.-Dissert. Heidelberg.) Sie kommen hauptsächlich bei schwangeren Frauen oder kurz nach dem Wochenbett, wachsen dann rapid, sind aber meist gutartiger Natur.

Sie sind diagnostisch wichtig, weil sie sich vom Lipom nur durch ihre gröſsere Härte unterscheiden und deshalb leicht zu Irrungen Anlaſs geben können. Bei der Operation muſs man sich auf eine Eröffnung des Peritoneums gefaſst machen. Die Ursprungsstellen sind die Muskelfascien oder die Inscriptiones tendineae.

Wichtiger für die Dermatologen ist die zweite Dissertation (Göttingen) von KYRIELEIS:

Ein Beitrag zu den multiplen Fibromen der Haut und den Neurofibromen. Hier handelt es sich um 3 Patienten, die auſser den Tumoren auf der Haut oder unter derselben noch solche auf der Schleimhaut des Magens, des Ductus cysticus, des Darmes hatten. Auſserdem fanden sich noch an den kleineren und den gröſsten Nervenästen der Extremitäten spindelförmige Tumoren, welche die Nervenfasern auseinandergedrängt hatten, die auf der Oberfläche der Geschwulst verliefen, und zwar derart, daſs sich die einzelnen Fasern am Anfang der Geschwulst fächerförmig teilten, um sich am Ende derselben wieder zu einem Stamm zu vereinigen.

Die Nervengeschwülste zeigten den Bau des Fibroma molluscum mit bald feineren, bald festeren Bindegewebsfasern mit zelligen Elementen und Blutgefäfsen. Keine Neubildung oder Degeneration von Nervensubstanz, daher: Fibrome der Nerven.

Die Hautgeschwülste bestehen aus zahlreichen kernförmigen Zellen. Im Innern des Tumors nur hier und dort etwas wellig fibrilläres Gewebe, welches an den Randpartien deutlicher ist. Aufserdem noch im Innern des Tumors zahlreiche Blutgefäfse mit dünner Adventitia. Am Ende des Tumors Knäueldrüsen mit dünnem in die Länge gezogenen Ausführungsgange. Viele Nervenfasern zum Teil ohne Bindegewebshülle treten in die untere Fläche des Tumors ein und verlaufen parallel der Tumoraxe.

Die Geschwülste des Verdauungstraktus waren Fibromyome.

Mit Recklinghausen ist Verf. der Ansicht, dafs die bindegewebigen Hüllen der in der Cutis gelegenen Gebilde der Ausgangspunkt für die Geschwülste sind, namentlich die der Nerven; später werden dann die übrigen Kanäle der Haut in Mitleidenschaft gezogen. *P. Taenzer-Leipzig.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Über eine Form von successiver und disseminierter Hautgangrän. Urticaria gangraenosa, von Renaut. (*Médecine moderne.* 1890. No. 9.) Unter diesem Namen veröffentlicht R. die Krankengeschichte eines 22jährigen sehr nervösen Menschen ohne positive hysterische Anzeichen, dessen Haut sich bei der geringsten Reizung mit typischen Quaddeln bedeckte.

Seit 3 Jahren endigte ganz periodisch alle 3—4 Monate eine der Quaddeln mit Gangrän. Die Reihenfolge der Symptome ist diese: An irgend einer Körperstelle entsteht ganz plötzlich ein heftiger Urticaria-Ausbruch. Während sich alle übrigen Papeln wieder verlieren, bleibt eine besonders hyperämische Quaddel bestehen, welche bald dunkel und leicht purpurn wird. Einige Tage später erscheint ein schwarzer Fleck im Centrum der Papel und dieser breitet sich allmählich aus. Er ist genau kreisrund und von einer hyperämischen Zone umgeben. Der sehr dünne Schorf stöfst sich sehr bald ab mit Hinterlassung eines atonischen kleinen Geschwürs, das nur sehr langsam abheilt. Die Narbe ist immer kreisrund, zuweilen flach und vertieft, wie nach einer Kauterisation, am häufigsten jedoch prominent und keloidartig.

Der Verf. vergleicht seine Beobachtungen mit denen von Neumann, Doutrelepont und Sangster und glaubt, dafs es sich hier um eine noch nicht beschriebene dermatologische Entität handelt.

Niemals stehen die gangränösen Papeln in Beziehung zu Nervenästen; auch R. weist die Assimilation mit der nekrotischen Zone zurück. Er macht darauf aufmerksam, gafs bei den Nervösen, deren Haut sich bei dem geringsten Reiz durch Kratzen mit Urticaria reagiert, das anämische Ödem, welches im Centrum der Quaddel sitzt, sehr lange besteht und sich öfters wiederholt. Infolgedessen resultiert dort eine ungenügende Ernährung, deren Folge eine Mortifikation der befallenen Stelle ist. Die Keime der Gangrän werden an den nekrotischen Stellen durch die unsauberen Finger eingeimpft. *Jeanselme-Paris.*

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

Die Heilung von Unterschenkelgeschwüren nach der Unnaschen Methode, von Dr. W. HILLEBRAND in Köln-Sulz. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1890. No. 17
Verf. hat nach der UNNAschen Methode gegen 25 Fälle von Ulcus cruris behandelt und in allen Fällen definitive Heilung erzielt. Bei 5 Patienten hatte das Geschwür die ansehnliche Gröfse von 15 : 18 cm, war meistens mit stinkendem Eiter bedeckt, die Ränder steil abfallend, und der ganze Unterschenkel ödematös geschwollen. Die Kranken waren vollständig arbeitsunfähig, klagten über grofse Schmerzen und die Angehörigen über den manchmal unerträglichen Geruch der Wunde. Unter streng antiseptischen Kautelen legte H. nach vorheriger Einpuderung des Geschwürs und Bedeckung desselben mit Jodoformgaze den UNNAschen Verband an. Wenn es sich um grofse, stark eiternde Geschwüre handelt, legte er auf den mit 1 °/₀₀iger Sublimatlösung angefeuchteten Jodoformgazebausch ein letzteren um ein weniges überragendes Stück Guttaperchapapier. Unter diesem feuchten Verbande reinigt sich das Geschwür schnell, zur Verhornung neigende oder schon verhornte Ränder erweichen, flachen sich ab, und das Geschwür bedeckt sich bald mit gesunden Granulationen. Schon nach 2 Tagen konnten die Patienten ihrer Beschäftigung nachgehen. Es ist ratsam, das Fufsgewölbe, besonders bei Pes planus, mit nicht entfetteter Verbandwatte dick auszupolstern, wodurch das Gehen und Stehen sehr erleichtert wird. Auch in den schlimmsten Fällen bleibt der erste Verband 8 Tage liegen; läfst die Sekretion nach, so bleiben die folgenden Verbände 14 Tage bis 3 Wochen liegen; auch das Guttaperchapapier bleibt fort, die jedesmalige Abnahme des Verbandes geschieht am zweckmäfsigsten in einem Eimer warmen Wassers. *L. Hoffmann-Berlin.*

Xeroderma pigmentosum, von ELSENBERG. (*Gazeta Lekarska.* 1890. No. 2—4.)
Vier Geschwister der Kranken vollkommen gesund. Die Krankheit ist nach einem Spaziergang am heifsen Sommertage in Form von roten Flecken an Gesicht, Hals und Händen im 6. Lebensmonate entstanden; nach einigen Tagen wurden die Flecke sommersprossenähnlich.

Bei dem nun 15jährigen Mädchen wird das Gesicht durch zahlreiche bis apfelgrofse Tumoren in schrecklicher Weise entstellt. Diese Tumoren wachsen rasch bis in die Mund- und Nasenhöhle hinein und verfallen tief von der Oberfläche aus.

Im übrigen bietet die Kranke das gewöhnliche Xerodermabild dar. Rascher Verfall mit hoher Temperatur und Milzvergröfserung.

Autopsie: Pericarditis und kleine Knötchen in der Milz. Die Tumoren der Gesichtshaut sind teils Sarco-Karcinome, teils Sarcoma fusso-cellulare und gigantocellulare mit grofsen Bluträumen. Das Karcinom besteht meistens aus Cylinderzellen (an vielen Stellen Kolloidentartung); die Karcinombildung geht offenbar von den Haartaschen und Talgdrüsen aus. Die Milzknötchen sind karcinomatös.

An den flachen Pigmentflecken fand der Autor folgendes: Epidermis sehr verdünnt unter der schuppenden Hornschicht blofs 1—2 Reihen Stachelzellen und die scharf pigmentierte Basalschicht. Keine Papillen; die Haut bis zur Hälfte verdünnt; rings um die Gefäfse und Haartaschen einige pigmenthaltige Zellen. Im Unterhautgewebe: Zelleninfiltration in der Umgebung der Gefäfse, die Gefäfswände verdickt, das Lumen durch Endothelwucherung verengt.

An vielen Pigmentflecken fand E. eine lebhafte Epithelwucherung an den Haartaschen. *Funk-Warschau.*

Pathologie des Urogenitalsystems.

Über den Gebrauch der atmosphärischen Luft bei der Untersuchung und Behandlung von Hohlräumen und Kanälen, von Dr. Franz Heuel jr. (*New York Med. Journal.* 1890. Februar 22.) Um ein ausgedehnteres Bild der Urethralschleimhaut zu erlangen, hat Verf. folgende Modifikation des Endoskops angegeben: Das trichterförmige, äufsere Ende desselben ist mit einer (schräggestellten) klaren Glasscheibe hermetisch verschlossen, wodurch bei Einführung des Spekulums in die Harnröhre ein luftdicht abgeschlossener Raum geschaffen wird. In denselben kann durch eine an der Seite des Trichters angebrachte Schlauch- und Ballonvorrichtung Luft eingetrieben werden, wodurch die Urethra bis zum Sphineta vesicae in überraschend vollkommener Weise, schmerzlos ausgedehnt und unter reflektiertem Licht aufs Schönste besichtigt werden kann. Der Apparat ist in modifizierter Form auch fürs Rektum zu verwenden, desgleichen für Ösophagus und Magen und vielleicht auch für Vagina und Uterus. Derselbe wird von Tiemann & Co. in New York angefertigt.

Philippi-Nieheim.

Anmerkung der Redaktion: Der Apparat enthält absolut nichts Neues, sondern stimmt vollkommen mit dem von Antal konstruierten und bereits im Bd. 6. pag. 695 dieser Zeitschrift beschriebenen Aëro-Urethroskop überein.

Das Kokain in der urologischen Praxis, von Dr. M. Horovitz. (*Centralbl. f. d. gesamte Therapie.* Heft II. 1889.) Die kleine Abhandlung lobt und empfiehlt die Anwendung des Kokains bei Operationen und sonstigen Vornahmen (Bougieren, Katheterisieren u. s. w.) an Harnröhre und Blase. *Türkheim-Hamburg.*

Über die klinischen und histologischen Veränderungen der erkrankten Vaginalschleimhaut, von Prof. J. Neumann. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889.) N. teilt die Affektionen der Vagina nach den klinischen Symptomen ein:

1. Colpitis acuta. a. diffusa und b. granulosa. Punktförmige Efflorescenzen, die der Schleimhaut ein sammetartiges Gepräge verleihen.

Mikroskopischer Befund: Retezellen bisweilen durch dichtgedrängte Zellwucherungen verdrängt. Gefäfse blutreich, grofse kavernöse Räume um die Gefäfse. Vergröfserte Papillen mit Rundzelleninfiltration.

2. Colpitis chronica. a. diffusa b. granulosa. Den Knötchen entspricht eine mit Zellen erfüllte Papille, in welche das Bindegewebe senkrecht eintritt und oben mit Kernen bedeckt ist.

Mikroskopischer Befund: Vergröfserte und zusammengesetzte Papillen. Proliferierendes Bindegewebe. Erweiterte Gefäfse mit perivaskulärer Infiltration. Bindegewebswucherung an den Gefäfsen der Muscularis.

3. Colpitis atrophica. Vaginalportion und Vaginalschleimhaut atrophisch. Falten ausgeglichen, gleichmäfsig abgeflacht, mattweifs, stellenweise blafs gerötet.

Mikroskopischer Befund: Stellenweise noch mit Blut gefüllt. Dichte Wucherungen in der obersten Lage der Cutis. Epidermiszellen verhornt wie an der äufseren Haut. Retezellen rarefiziert, nirgends breite oder tiefe Zapfen. Blutgefäfse komprimiert, verlaufen parallel von unten nach oben und bilden arkadenförmige Bogen weit unter der Epidermisschicht.

4. Colpitis senilis. Mikroskopischer Befund: Papillen abgeflacht, Rete Malpighi rarefiziert. Obere Cutisgefäfse dilatiert. Das Bindegewebe verläuft wellenförmig, stellenweise dichte Rundzelleninfiltration aufweisend. Die ganze Cutislage verschmälert, wodurch die Muskulatur mehr in die Höhe gerückt wird.

5. Colpitis e graviditate: Farbe dunkel oder bläulich rot. Knötchen- oder traubenförmige Varikositäten. Falten tief, Wülste geschweilt, oben scharfkantig, mit gesägtem Rande. Beim Untersuchen leicht blutend.

Mikroskopischer Befund: Epithel stöfst sich in Lamellen oder Klümpchen ab. Zellen mit dem Charakter der Verhornung, in den unteren Lagen noch succulent, in den oberen geschrumpft, vieleckig oder glatt. Papillen vergröfsert. Im eigentlichen Cutisgewebe spindelförmige Wucherungen. Die untere Hälfte der Schleimhaut zeigt weite Räume wie beim Corpus cavernosum.

6. Colpitis aphthosa ist die interessanteste Affektion. Die Schleimhaut der Vulva mit zahlreichen teils punkt- teils linsenförmigen mattgelben Membranen besetzt, die meist nur noch im Centrum auf der Unterlage festsitzen. Die Vaginalschleimhaut bietet miliare mattweifse gewulstete Knötchen dar, teils linsenförmige diphtheritische Membranen, die sich an einigen Stellen bereits mit Substanzverlust abgestofsen haben. Ebensolcher Befund an der Vaginalportion des Uterus. Gleichzeitige Erytheme auf der äufseren Haut und aphthöse Entzündung des Mundes.

7. Colpitis miliaris.

Neumann bekennt sich definitiv zur Annahme einer Colpitis inflammatoria idiopathica und begründet dies mit dem Vorkommen der gewöhnlichen Entzündungssymptome in der Vagina. *P. Taenzer-Leipzig.*

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Taylor. Some practical points in the treatment of syphilis. *Medical News.* Decbr. 7. 1889.

Georges Thibierge. De l'ostéite déformante de Paget. *Archives générales de méd.* 1890. No. 1.

W. Flemming in Kiel. Amitotische Kernteilung im Blasenepithel des Salamanders. *Archiv. f. mikroskop. Anatomie.* Bd. XXXIV.

— Weiteres über die Entfärbung osmierten Fettes in Terpentin und anderen Substanzen. *Zeitschr. f. wissenschaftl. Mikroskopie u. f. mikroskop. Technik.*

Carl Steinkopff. *Über einen Fall von Fetthals. (Diffuses Lipom des Halses.)* Inaug.-Dissert. Leipzig 1889.

O. Rosenthal in Berlin. Über einen Fall von partieller Sklerodermie, mit Übergang in halbseitige Gesichtsatrophie, kombiniert mit Alopecia areata. *Berl. klin. Wochenschr.* 1889. No. 34.

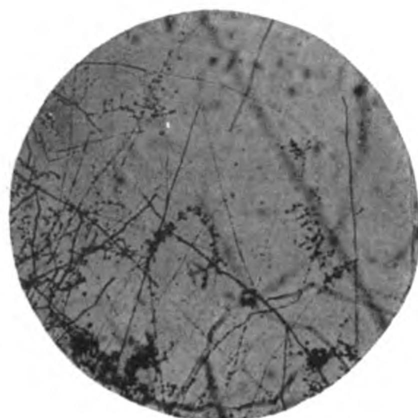
Heinrich Schütt. *Reine bacilläre Erkrankung epithelbedeckter Flächen bei primärer Tuberkulose des Urogenitalapparates.* Inaug.-Dissert. Kiel 1889.

Bernhard Tobold. *Über Varicen der unteren Extremität und ihre Behandlung.* Inaug.-Dissert. Bonn 1889.

P. Diday. *Le traitement de la Syphilis et les doctrines microbiennes.* Paris 1890.

Holschewnikoff. Ein Fall von Syringomyelie und eigentümlicher Degeneration der peripherischen Nerven, verbunden mit trophischen Störungen (Acromegalie). *Virchows Archiv.* Bd. 119. 1890.

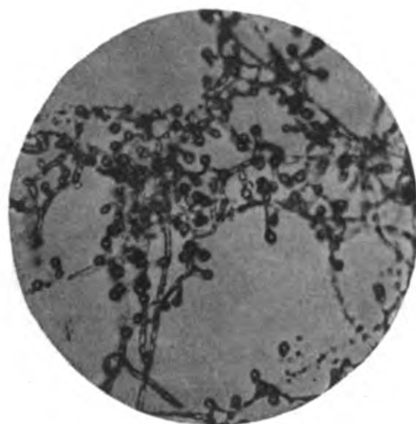
G. Gaertner. Über das elektrische Sublimatbad. *Wiener klin. Wochenschr.*



Xa.



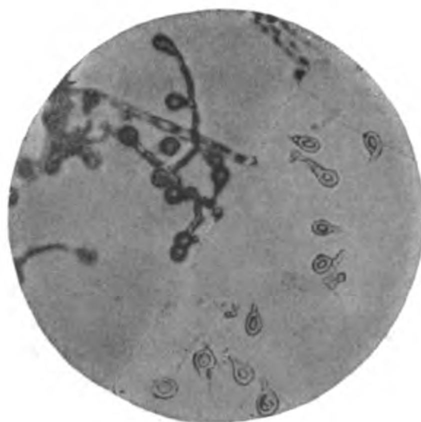
XIa.



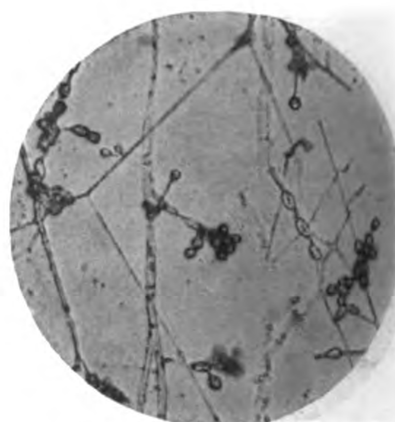
Xb.



XIb.

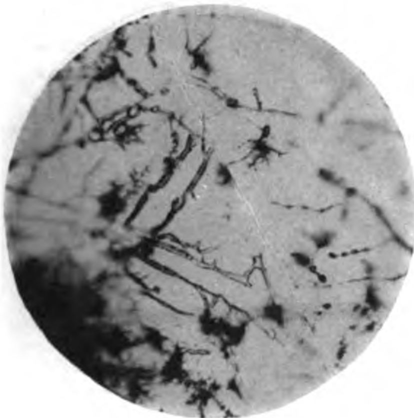


Xc.

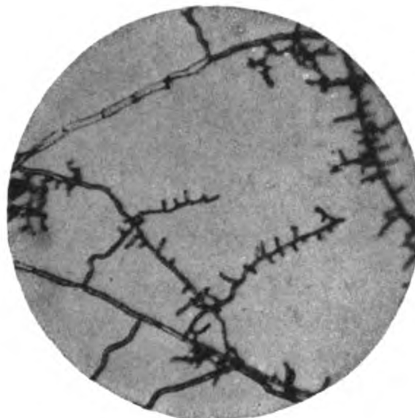


XIc.

Photogramme des Unna'schen Laboratoriums.



XII a.



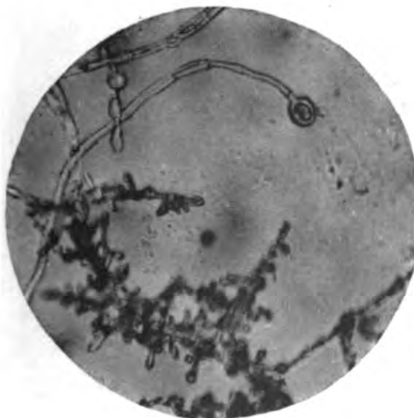
XII d.



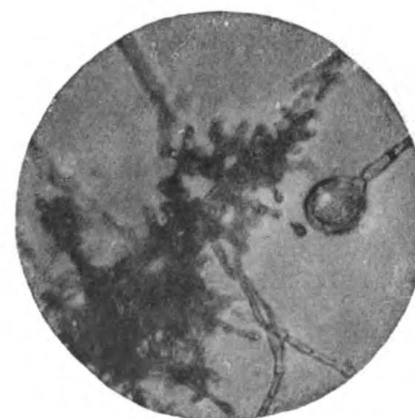
XII b.



XII e.



XII c.



XII f.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band X. №. 12. 15. Juni 1890.

Über Urticaria im Säuglings- und Kindesalter.

Von

Dr. T. Colcott Fox,

Oberarzt am Victoria Kinderhospital und Leiter der dermatologischen Abteilung am Westminster Hospital in London.

Wenn ich einen Beitrag zur Kenntnis der Urticaria im Säuglings- und Kindesalter hiermit zu geben unternehme, so geschieht dies, weil ich erstens während meiner langjährigen Thätigkeit an zwei Kinderhospitälern vielfach Gelegenheit hatte die Affektion genau zu beobachten, und zweitens weil mir scheinen will, daſs im Vergleich zu der groſsen Häufigkeit dieses Leidens bei den ärmeren Klassen, ferner in anbetracht der Schwierigkeiten, welchen jeder, der nicht beträchtliche Erfahrungen in betreff desselben gesammelt hat, bei der Stellung der Diagnose begegnet, sowie des chronischen oder geradezu unbezwingbaren Verlaufs bei zahlreichen Fällen und der Meinungsverschiedenheiten, welche in bezug auf das Wesen und die Verwandtschaft des Lichen urticatus Bateman mit anderen von mir als bloſse Stadien einer und derselben krankhaften Affektion aufgefaſsten Veränderungen — weil, sage ich, trotz allen diesen gewichtigen Momenten dieser Krankheit selbst in den besten Lehrbüchern eine höchst unzureichende Besprechung zuteil wird. Es stimmen kaum zwei Beschreibungen mit einander wirklich überein, und es ist thatsächlich eine Seltenheit, wenn diesem Gegenstand ein Dutzend Zeilen gewidmet sind.

Die Punkte, welche ich besonders hervorzuheben wünsche, sind die folgenden: die landläufige Urticaria, wie wir sie an Erwachsenen kennen, ist im frühen Kindesalter höchst selten und kommt bei Säuglingen beinahe gar nicht vor, der Lichen urticatus Bateman ist eine wirkliche Urticaria, und Urticaria ist eine der häufigsten Affektionen des jugendlichen Lebensalters; dieselbe nimmt auch gelegentlich eine besondere Gestalt an, bei welcher im Centrum der Quaddeln sich ein entzündlicher Vorgang entwickelt, der zurückbleibt, wenn die transitorische Quaddel abheilt; dieses entzündliche Gebilde stellt meistenteils eine Papel dar, woher die Bezeichnungen Lichen urticatus oder Urticaria papulosa, manchmal ein Bläschen, manchmal wiederum eine Pustel. Die als Lichen urticatus,

Varicella pruriginosa, Prurigo infantilis (der englischen Autoren) nach Masern und nach der Kuhpockenimpfung und wahrscheinlich auch CROCKERS papulöse, vesikulöse und pustulöse Impfexantheme sind nichts Anderes als verschiedene Phasen einer und derselben Krankheit, nämlich der Urticaria des Säuglings- und Kindesalters.

Zur Feststellung der notwendigen Vorbegriffe erscheint es mir unerläfslich einen kurzen Abrifs der Geschichte dieses Leidens zu geben und die vielfachen Abweichungen in den von demselben gegebenen Beschreibungen hervorzuheben. Wenn auch die Priorität der Benennung von einigen Autoren WILLAN zugeschrieben wird, so z. B. von HILLIER und CROCKER, so wurde, so viel ich weifs, die erste präcise Beschreibung des als Lichen urticatus bezeichneten Leidens von WILLANS Freunde und Kollegen THOMAS BATEMAN geliefert, obgleich zweifelsohne dasselbe von UNDERWOOD und anderen Autoren über Kinderkrankheiten unter dem Sammelnamen Strophulus oder anderen Bezeichnungen beschrieben worden ist.

In seiner Besprechung des Lichen schreibt BATEMAN folgendes: Eine besondere Abart habe ich beobachtet, welche ihrem Wesen nach so konstant ist, dafs sie eine spezielle Erwähnung an dieser Stelle verdient. Man könnte sie Lichen urticatus nennen, denn im Anfangsstadium findet man unregelmäfsige, entzündliche Quaddeln, die den durch einen Floh- oder Mückenstich entstehenden Flecken so täuschend ähnlich sind, dafs man bei der Untersuchung sich fast täuschen lassen könnte. Indessen verschwinden die entzündlichen Erscheinungen in einem oder zwei Tagen, und es bleiben kleine, erhabene, juckende Papeln zurück. Während die ersten Quaddeln auf diese Weise ihrem Ende entgegengehen, treten wieder frische Stellen in ununterbrochener Reihenfolge hervor, bis der ganze Rumpf und die Extremitäten mit Papeln übersät sind, und dieselben hier und dort zu kleinen Flatschen zusammenfliefsen. Dieser Ausschlag ist eine Eigentümlichkeit der Kinderjahre: in manchen Fällen beginnt derselbe sich bald nach der Geburt zu entwickeln, manchmal auch später, und er dauert mit grofser Hartnäckigkeit viele Monate hindurch. Sowohl die Papeln als auch die Quaddeln verursachen hochgradigen Juckreiz, der namentlich Nachts aufserordentlich heftig auftritt und dann den Schlaf fast völlig raubt und zu beträchtlichem Kräfteverlust führt.“

Die späteren englischen Autoren scheinen den hier gegebenen Namen und die Beschreibung als gültig acceptiert zu haben; die älteren französischen Verfasser dagegen scheinen sich dem nicht angeschlossen zu haben. Wahrscheinlich aber war die Affektion von RAYER und BIETT unter der Bezeichnung Strophulus mit untergebracht, denn diese betrachteten Strophulus als eine Abart von Lichen und nannten letzeren Lichen Strophulus: CAZENAVE und SCHEDEL beschreiben einen Lichen urticatus, von dem sie sagen, dafs derselbe namentlich an jungen Männern und

Frauen auftritt, und ferner einen Lichen strophulus (WILLANS Strophulus) an Säuglingen. BATEMANS Auslassungen verstehe ich so, daſs er sagen will, daſs die Papeln an den Stellen, wo vorher Quaddeln bestanden hatten, zurückbleiben. Von den moderneren Verfassern nenne ich HILLIER, der (1865) folgendermaſsen schreibt: „WILLANS Lichen urticatus ist diejenige Krankheitsform, bei welcher sich zuerst blaſse Papeln von ungefähr Hanfkorngröſse entwickeln, sich später zu gewöhnlichen Pomphi ausbilden und dann wieder sich zu Papeln zurückbilden, um schlieſslich mit Hinterlassung einer einige Zeit anhaltenden, dunklen Verfärbung zu verschwinden. Bei Kindern sieht man sehr häufig eine Kombination von Urticaria mit Prurigo; dieser Ausschlag beginnt in Form von kleinen Blasen und wandelt sich nach ein paar Tagen in Prurigopapeln um. Derselbe ist von M. HARDY als pruriginöser Strophulus beschrieben worden. Manchmal hat der Ausschlag auch mehr vom Erythema sogar als von der Urticaria. Das Leiden ist ein sehr hartnäckiges und befällt sehr gewöhnlich Kinder im Alter zwischen sechs Monaten und drei bis vier Jahren. Bei der Besprechung des Strophulus wird dasselbe nochmals in betracht kommen.“ HILLIER beschreibt also die Primäraffektion als ein polymorphes Gebilde, das einmal sich als eine groſse, deutlich urticariaartig werdende Papel, das andere Mal als eine eine Papel hinterlassende Quaddel darstellt. NAYLER dagegen, dessen Beobachtungsfeld ein ganz anderes war, hebt ganz besonders hervor (1866), daſs die Quaddeln und Flatschen mit Lichenknötchen untermischt vorkommen, er sagt nicht, daſs letztere als Folgezustand der ersteren zurückblieben, und als Beweis, daſs er die Affektion nicht als Urticaria diagnostiziert, führt er an, daſs er (pg. 232) mehrere Fälle letzterer Krankheit bei Kindern und Säuglingen beobachtet habe. Er erwähnt die vesikulöse und die pustulöse Form und bemerkt, daſs dieselben bei etwaiger Lokalisation an den Händen oder den Fuſssohlen mit Scabies manche Ähnlichkeiten darbieten. HEBRA (Syd. Soc. Trans.) handelt Lichen urticatus, den er Urticaria papulosa nennt, mit sehr wenigen Worten ab und definiert denselben als eine Kombination von Urticaria mit der papulösen Form der follikulären Entzündung, bei welcher die Papeln anfangs die Gröſse von Hanfkörnern nicht überschritten, allmählich aber die sonst übliche Gröſse erreichten und beim Abheilen Pigmentablagerungen hinterlieſsen. Jedoch findet er einen Unterschied zwischen Urticaria papulosa und seiner Prurigo, welche, wie er sagt, als charakteristische Eigentümlichkeiten im Anfang die quaddelartigen Gebilde, späterhin die Prurigopapeln darbietet. TILBURY FOX nennt das Leiden eine dem Kindesalter eigentümliche Urticaria, welche folgende vier Kennzeichen trage: erstens, daſs die Quaddeln das Primäre sind, nnd daſs die Papeln an den betroffenen Stellen als sekundäre Gebilde nachfolgten; daſs bei inveterierten Fällen die Merkmale der Prurigo

35*

allmählich zunehmen und die abnehmenden Kennzeichen der Urticaria überwiegen; dafs die Affektion oftmals als Folge der Bisse von Acarus, Wanzen, Flöhen etc. auftritt; und schliefslich, dafs die Affektion fast ausschliefslich in der Spitalspraxis beobachtet werde. Dem entgegen erklärt PYE-SMITH, der wie PAYNE die Affektion als Prurigo infantilis bezeichnet, dafs dieselbe meistenteils von mehr oder weniger erheblicher Urticaria und Erythema gefolgt sei, und dafs die Quaddeln und die diffuse Rötung beide nur Kratzeffekte darstellten und nicht die Ursache der Papeln seien. LIVEING hebt sehr mit Recht die engen Beziehungen zwischen der Entwickelung von Quaddeln und den transitorischen entzündlichen Papeln hervor und präcisiert seine Auffassung mit den Worten: „Die Affektion ist thatsächlich eine Abart der chronischen Urticaria, bei der sich papelartige Anschwellungen entwickeln; letztere sind, wenn sie sich erst einmal entwickelt haben, stets mehr oder weniger persistent.“ In der letzten Ausgabe seines Buchs indessen scheint er seine Ansichten etwas geändert zu haben, denn hier sagt er, dafs der Lichen urticatus eine deutlicher ausgesprochene Ähnlichkeit mit Urticaria als mit Lichen aufweise, dafs aber die beträchtliche Gröfse und der hartnäckige Bestand der Papeln die Affektion sehr entschieden von der gewöhnlichen Urticaria trenne.

MCCALL ANDERSON und JAMIESON vertreten auch ihrerseits wiederum einen weiteren, anderen Standpunkt. Ersterer sagt: „Hierbei findet die entzündliche Ausschwitzung in der Umgebung der Hautfollikel statt, und es ist dieselbe von einer Ablagerung von Lymphe begleitet, was zur Bildung von grofsen, roten Papeln führt,“ und „zwischen den Papeln verstreut finden sich gewöhnlich einige typische Urticaria-Quaddeln.“ Letzterer sagt: „Die Quaddeln sind klein und mit zahlreichen, rötlichen oder blassen, härtlichen Papeln, die oft mehr oder weniger zerkratzt sind, untermischt. Im Anfangsstadium sind die Quaddeln, in späteren Stadien die Papeln am zahlreichsten vertreten.“

Die amerikanischen Verfasser lassen eine eben solche Verschiedenheit der Meinungen erkennen. DUHRING, der ausdrücklich erklärt, dafs seiner Erfahrung nach diese Krankheit in Philadelphia keineswegs häufig vorkomme, betrachtet dieselbe als eine Abart der Urticaria, wobei das krankhafte Gebilde die Form einer Papel mit allen Merkmalen einer Quaddel darbiete, und die Papeln plötzlich in Stecknadelknopf- bis Halberbsengröfse und in bald spitzer, bald abgeplatteter Gestalt aufschiefsen, um langsam wieder zu verschwinden. ROBINSONS Schilderung ist der vorhergehenden ziemlich ähnlich; nur setzt er hinzu, dafs die Papeln um Follikel herum ihre Lokalisation haben. Er erwähnt das gelegentliche Auftreten von papulösen Bläschen.

Wenn wir uns nun zu ZIEMSSENS „Handbuch der Hautkrankheiten“

wenden, so finden wir, daſs SCHWIMMER von Lichen urticatus sagt, die Affektion stelle eine Mischform zwischen Papeln und Quaddeln dar, wobei einmal die ersteren das anderemal die letzteren Gebilde überwiegen. Er sagt: „pathologisch anatomisch ist die Affektion mit Urticaria verwandt; sie charakterisiert sich als ein Ausschlag von Papeln von Hanfkorn- bis Linsengröſse, welche bald in kleinere Quaddeln übergehen.“ Späterhin fügt er hinzu, augenscheinlich sich selbst widersprechend, daſs die zuerst erscheinenden kleinen Papeln durch nachträgliche Reizung sich vergröſsern.

Ich komme nunmehr zur Besprechung von Mr. HUTCHINSONS Ansichten, der in einer Reihe von Abhandlungen den Gegenstand eingehend diskutiert hat.[1] Er bespricht das in Rede stehende Leiden unter dem Namen Prurigo und äuſsert sich, wie folgt: „Daſs Kinder gelegentlich Urticaria acquirieren, ist allgemein bekannt, aber das Vorkommen einer Urticaria aus konstitutionellen Ursachen im Kindesalter ist höchst selten, und auch, wie mir scheint, meistenteils nicht sehr schwer zu bekämpfen.“ Und weiterhin schreibt er: „Es unterliegt gar keinem Zweifel, daſs die Krankheiten, welche wir nun besprechen, keine Urticaria sind.“ Er rubriziert diese Affektionen in der nachstehenden Weise; ich gebe seine Klassifizierung in etwas gedrängter Form wieder:

Gruppe I. Eine beschränkte Anzahl von Fällen. Läſst sich gewöhnlich von anderen Formen der Prurigo infantium durch eine gröſsere oder geringere Bläschenbildung unterscheiden; Hohlhand und Fuſssohle sind dabei oft befallen.

a. Varicellen-Prurigo.[2] Der Windpockenausschlag verursacht öfters einen hochgradig pruriginösen (? pruritischen) Zustand der Haut und hat einen Ausschlag im Gefolge, der viele Monate bestehen bleiben kann. Wenn auch die Anamnese betreffs Varicella negativ ausfällt, so ist ein Verdacht auf deren Mitwirkung stets berechtigt, wenn der Anfang als ein akuter geschildert wird. (Siehe Abbildung im Atlas der Sydenham Society Nr. XXXII.)

b. Vaccinia prurigo[2]: Eine Folgekrankheit der Impfung mit Vaccine und eine der vorigen teilweise ähnliche Affektion; doch ist dabei der Ausschlag weniger deutlich vesikulär als bei der Varicellen-Prurigo.

c. Masern-Prurigo[2]: In Vorlesung VIII werden Morbilli als drittes ätiologisches Moment angeführt.

---

[1] HUTCHINSON: „*Klinische Chirurgie.*“ Bd. I. (Über einige seltene Hautkrankheiten) 1879. Vorlesung VI: Über Prurigo bei Säuglingen und Kindern. Vorlesung II: Varicellen-Prurigo. Vorlesung V: Allgemeine Betrachtungen über Prurigo.

[2] Diese Benennungen habe ich hier in Übereinstimmung mit HUTCHINSONS Terminologie beibehalten behufs leichteren Verständnisses der Einteilung.

„Wenn der Ausschlag zuerst zum Vorschein kommt, so ist derselbe entweder Varicellen oder etwas demselben genau Ähnliches.“ Wenn die Kranken zuerst zum Arzte kommen, so wird zunächst eine Diagnose auf Varicellen gestellt oder freilich seltener, auf modifizierte Variola; bei anderen aber folgt der Ausschlag so prompt auf die Vaccination, daſs das Hautleiden ohne weiteres auf den Effekt derselben geschoben wird. Auch bei diesen letzteren Fällen wird gewöhnlich berichtet, daſs ein Varicellen ähnlicher Ausschlag sich entwickelte. Im Anfang stellt die Varicella-Prurigo eine reichliche Aussaat von klaren, wässerigen Bläschen dar; der Verlauf wird durch Nachschübe frischer Bläschen unbegrenzt lange fortgesetzt, die Stellen verschwären, bilden Schorfe und entwickeln sich manchmal zu groſsen Geschwüren. Der Juckreiz ist sehr beträchtlich. Die Kinder sind verdrieſslich, und dabei kann der Ausschlag Monate lang dauern, bis die Stellen teils Ekthyma, teils Lichen urticatus ähnlich werden. Wenn das erste Stadium vorüber ist, werden die Bläschen kaum noch mit Varicellen verwechselt werden. An Stellen, wo die Haut dünn ist, können diese Bläschen mit Pemphigus en miniature verglichen werden; ihr Inhalt trübt sich bald, und sie werden nach kurzer Zeit durch das Kratzen der Kranken zerstört. Durchsichtige, tiefsitzende Bläschen finden sich nicht selten auf den Handtellern und Fuſssohlen, was ein für Varicellen-Prurigo charakteristisches Merkmal abgibt. Die Gelenkbeugen bleiben frei. Ein symmetrisch lokalisierter, aus Papeln und Bläschen gemischter Ausschlag, von ausgesprochenem Pruritus begleitet, ist ebenfalls eine Nachkrankheit der Varicellen.

Gruppe II. Ein durch allmählichen Beginn und unregelmäſsigen Verlauf mit wenig Neigung zur Bildung von Bläschen charakterisierter Ausschlag. Handteller und Fuſssohlen intakt. Diese Gruppe umfaſst hartnäckigen Prurigoausschlag, dessen wahre Ätiologie schwer zu bestimmen ist. Es erscheint wahrscheinlich, daſs bei der groſsen Mehrzahl, wenn nicht bei allen Fällen, der ursächliche Moment lokaler Art ist und oft mit den Stichen von Wanzen und Flöhen, vielleicht auch anderer dieser lästigen Insektenarten in Zusammenhang steht. Die Affektion entsteht selten vorm dritten Jahre (Monat? Übers.), öfters zwischen sechs und zwölf Monaten und vergeht spontan, indem sie niemals länger als bis zum sechsten Jahre anhält. Die Kranken sind blasse Kinderchen, welche die ganze Nacht kratzen und an Schlaflosigkeit und nächtlicher Hauthyperämie leiden. Die Papeln sind hart und trocken wie Lichen oder gröſser und sehen dann wie halb ausgebildete Urticariaquaddeln aus. Einige Papeln sind kongestioniert, andere blaſs; viele weisen Kratzeffekte auf, und manchmal findet man auch erythematöse Flecke oder auch richtige Quaddeln.

Gruppe III. Eine Mischform, bei welcher der Ausschlag als Varicella-Prurigo beginnt und erst nach einer Zwischenzeit die andere Form sich einstellt; oder auch letztere folgt unvermerkt auf den ersten Ausschlag.

Endlich ist zu erwähnen, daſs Dr. Crocker Lichen urticatus für Urticaria erklärt, und indem er an anderer Stelle auf Hutchinsons Varicellen-Prurigo bezug nimmt, sagt er, bei den leichtesten Fällen von Varicella kommen frische Nachschübe von Papeln und Pusteln fortwährend zum Vorschein und der Vorgang kann wochenlang anhalten und von sehr erheblichem Juckreiz begleitet sein; doch trete dabei wenig oder gar keine Geschwürsbildung auf. Anderseits sagt er ferner (Seite 271) bei der Besprechung der Impferytheme, daſs der Ausschlag, der seiner Erfahrung nach am häufigsten vorkommt, aus Papeln, Bläschen und Blasen bestehe, und zwischen dem vierten und achtzehnten Tage, gewöhnlich am achten, hervortrete. Dieser Ausschlag hat eine Dauer von wenigen Tagen bis zu einer oder zwei Wochen; aber in einigen der vesico-pustulösen Fälle sieht man, manchmal sogar monatelang, frische Ausbrüche auf einander folgen bei intensivem Jucken und sonstiger genauer Übereinstimmung mit dem Varicella-Prurigo Hutchinsons. Quaddeln bilden eine nicht ungewöhnliche Komplikation der pruritischen Fälle und sind wahrscheinlich eine Folge des Kratzens, da sie erst in den späteren Stadien auftreten.

Das Material für meine Deduktionen liefern die Beobachtungen, welche ich in Kinderhospitälern an 213 Fällen angestellt und aufgezeichnet habe; ich hätte allerdings eine weit gröſsere Zahl sammeln können, und ich habe hierbei nicht einmal die in der Hautabteilung des Westminster Hospital behandelten Fälle mit eingeschlossen. Es handelt sich hierbei um gewöhnlichen L. urticatus, sowie um papulo-vesikulöse und papulopustulöse Ausschläge, welche, wie ich nachzuweisen versuchen werde, zur selbigen Kategorie gehören.

Man hat die Urticaria den Entzündungen beigerechnet, doch wie mir scheint, mit Unrecht. Ohne mich auf eine Besprechung des Mechanismus der Quaddelbildung einzulassen, werde ich meine Auseinandersetzungen mit der Erklärung beginnen, daſs die Quaddel kein Entzündungsprodukt darstellt, wenn auch dieselbe noch so groſse Ähnlichkeit mit einer transitorischen Entzündung haben mag; von Wichtigkeit ist hierbei schon der Umstand, daſs Abschuppung nur eine höchst ausnahmsweise Begleiterscheinung derselben ist. Mag der Mechanismus sein welcher er wolle, das Resultat stellt sich als akute, circumscripte Hyperämie oder ödematöse Schwellung dar.

Des weiteren ist es nötig, sich die verschiedenen Phasen, welche den Verlauf der Quaddelbildung charakterisieren, klar vor Augen zu führen.

Hebras Definition ist zu eng begrenzt. Diese Gebilde variieren beträchtlich sowohl der Form, der Gröſse als auch der Farbe nach und in bezug auf die Tiefe, bis zu welcher die Haut involviert ist. Meistens sind sie rund oder oval, seltener von unregelmäſsiger Gestalt, auſser wenn sie künstlich durch Kratzen u. s. w. verändert worden sind. Desgleichen auch variieren sie betreffs der Ausdehnung der befallenen Oberfläche und der Tiefe, bis zu welcher die Haut affiziert wird. Ihrer Flächenausdehnung nach sind sie nicht unbeschränkt, und die Grösse eines Fingernagels ist gar nicht selten. Sie erscheinen entweder bloſs als eine Rötung, oder eine Macula, oder auch man fühlt eine etwas erhabene, feste Papel von der Gröſse einer halben Erbse oder gröſser, oder auch (in seltenen Fällen) greifen sie auf die tieferen Lagen der Haut über und ragen als beträchtliche Geschwülste hervor. Sie können sowohl ganz rot oder ganz weiſs sein, oder sie zeigen ein weiſses Centrum mit rosarotem Hof von variabler Breite, und man kann auch beobachten, wie sie manchmal ihre Farbe wechseln von rot zu weiſs und wieder zurück zum Roten, ehe sie ganz verschwinden. Nun ist es, wenigstens meiner Erfahrung nach, geradezu eine Seltenheit an einem Kinde einen reinen, unkomplizierten Urticariaausschlag mit Quaddeln, wie ich sie soben beschrieben habe, zu beobachten; und dies muſs um so mehr Wunder nehmen, wenn man die unverhältnismäſsige Häufigkeit von gastro-intestinalen Störungen und dabei die Empfindlichkeit des Nervensystems bei Kindern in Betracht zieht. Quaddeln sind fast ausnahmslos mit Papeln vergesellschaftet, weniger häufig mit Bläschen und Pusteln. Seit Jahren habe ich auf das Vorhandensein eines entzündlichen Gebietes im Centrum der kindlichen Urticariaquaddeln aufmerksam gemacht. Dasselbe ist oft nicht gerade in die Augen springend und kann auch durch Erguſs verdeckt sein, doch ist dasselbe beinahe ausnahmslos vorhanden, und wenn es nicht deutlich sichtbar ist, so kann man es durch Druck auf die Quaddel hervortreten lassen. Ferner habe ich die Gepflogenheit gehabt, derartige Quaddeln mit Zeichen zu versehen, und wenn dieselben verschwinden, sieht man, daſs die entzündlichen Läsionen zurückbleiben. Es unterliegt also durchaus keinem Zweifel, daſs die entzündliche Läsion an der von der Quaddel inne gehabten Stelle zurückbleibt. Ist sie aber vielleicht auch der Quaddelbildung vorangegangen? Hierfür ist es schwerer einen einwandsfreien Beweis zu bringen; doch kann ich dies dagegen anführen, daſs ich oft und oft bei und während der Untersuchung von Kindern gesehen habe, wie Quaddeln mit centraler Papel plötzlich auf einer vorher ganz intakten Oberfläche aufschiessen; und ferner ist das centrale entzündliche Gebilde gewöhnlich nur eine miliare Papel, zu der die umgebende Nesselhyperämie schon der Grösse nach in gar keinem Verhältnisse steht. Ich habe mich somit seit langem überzeugt, dass die Primäraffektion eine Quaddel ist, sei es als eine

rote Macula oder eine rot und weiſse oder weiſse feste Schwellung, und daſs die rasch entstehenden entzündlichen Vorgänge thatsächlich accessorisch und sekundär sind, und daſs sie auf dem Gebiete der Quaddeln zurückbleiben, nachdem letztere sich zurückgebildet haben. Die Papeln sind fast ausnahmslos miliar, gelegentlich aber erreichen sie die Gröſse eines Hanfkorns, und wenn die Quaddel selbst klein ist und von ungefähr derselben Gröſse, ist es unmöglich, die beiden Affektionen zu trennen, ehe die Quaddel zurückgeht. Freilich kann man durch Reiben ein Wiederauftreten der Quaddel um die Papel herum hervorrufen. Augenfällig ist es auch, daſs die Quaddel mit der Papel in der Mitte Ähnlichkeit mit einem Insektenstich hat, und ich leugne durchaus nicht, daſs solche Läsionen auf diese Weise entstehen können, und daſs dies gelegentlich auch geschieht, aber nach sorgfältiger Untersuchung kann ich nicht zugeben, daſs dies, auſser in gewissen Ausnahmefällen, die Ursache des eigentlichen Leidens sei, wenn schon das Emporschieſsen der Quaddel gerade während der Nacht allerdings ein verdächtiger Moment ist. Die centrale Papel ist oft um eine Follikel herum lokalisiert. Ich halte Crockers Vermutung für richtig, wenn er sagt: „Die Entwicklung einer entzündlichen Affektion beruht zweifelsohne darauf, daſs das kindliche Gewebe auf einen Reiz viel prompter reagiert als das der Erwachsenen. Und anstatt einer einfach serösen Ausschwitzung findet man einen wirklich entzündlichen Erguſs in den Papillen, so daſs eine Papel zurückbleibt, nachdem die Quaddel verschwunden ist.“ Wenn das Leiden durch Wanzen oder Flöhe herbeigeführt würde, so erscheint es mir unerklärlich, wodurch es kommt, daſs in der Mehrzahl der Fälle nur Ein Kind in der Familie daran erkrankt, trotzdem mehrere Kinder im selben Zimmer oder gar im selben Bett geschlafen haben, denn daſs das eine Kind eine besondere Empfindlichkeit gegen derartige Reize habe, ist keine genügende Erklärung, wenn die anderen gar keine Zeichen von Pruritus, Dermatitis oder Insektenstichen aufweisen. Überdies ist mir von intelligenten und sorgfältigen Müttern oft genug völlig überzeugend versichert worden, daſs die Wohnung frei von Wanzen und Flöhen war, und trotzdem bekommt das Kind Jahr für Jahr den Ausschlag, mag die Familie in der Stadt oder auf dem Lande wohnen. Ferner beobachten wir gelegentlich die Affektion bei Kindern, deren sociale Lage derart ist, daſs eine Einwirkung solcher Plageinsekten gar nicht in Frage kommen kann. Und schlieſslich berichten die Mütter vielfach, daſs der Ausbruch statt hat, bevor das Kind ins Bett kommt. Ergo ist der Schluſs unbestreitbar, daſs wenigstens in einer groſsen Anzahl der Fälle die Affektion nicht auf die Einwirkung von Insekten zurückgeführt werden kann.

Ich behaupte also, daſs der Lichen urticatus Bateman eine wirkliche Urticaria ist und zwar *κατ' ἐξοχήν* die Urticaria des Kindes- und Säuglings-

alters und daſs dieselbe, wie man bei der Beschaffenheit des kindlichen Körpers in den ersten Lebensjahren vermuten kann, eine durchaus häufige Krankheit ist.

Diejenigen, welche das Leiden für Prurigo erklären, halten die Quaddeln für artifiziell. Das trifft für einige derselben zweifellos zu, aber nicht für die Mehrzahl, denn man kann häufig genug die Erfahrung machen, daſs ein Kind, das ruhig zu Bett gegangen und eingeschlafen ist, plötzlich mit Schreien aufwacht und mit Quaddeln bedeckt ist. Dabei ist die Mutter oft in der Lage mit Bestimmtheit anzugeben, daſs das Kind oder der Säugling sich nicht gekratzt hat. Demnach kann bei Kindern mit einer besonders dazu geneigten Disposition, die den nötigen Grad der Reizbarkeit und Empfänglichkeit des vasomotorischen Systems besitzen, der Ausbruch der Quaddeln künstlich erzeugt werden, sei es durch die Einwirkung der erhöhten Hauttemperatur im Sommer oder im Bette, sei es im warmen Bade oder durch Beschleunigung des Blutkreislaufs in der Haut durch abendliche Temperatursteigerung aus natürlichen Ursachen, Rachitis u. s. w. oder selbst durch psychische Erregung; oder schlieſslich die Urticaria kann auch auf Einwirkungen, welche von den Céntralorganen ausgehen, zurückzuführen sein.

Ich gehe jetzt zu einer anderen Frage über. Ich behaupte, daſs, ebenso wie andere entzündliche Gebilde, wie Variola, Ekzema, Erythem, die verschiedenen Stadien der Papelbildung, Bläschen- und Pustelbildung durchmachen, in eben derselben Weise die entzündlichen Gebilde bei dieser Urticaria des Säuglings- und Kindesalters dieselben verschiedene Phasen durchlaufen. In der groſsen Mehrzahl der Fälle stellt die entzündliche Affektion eine Papel, sogar eine miliare Papel dar, doch findet man gar nicht selten auch Papulo-vesicae und namentlich Pusteln, an gewissen Stellen, z. B. den Händen und Füſsen, auch gröſsere Bläschen und Blasen. Dahei besteht dieselbe Neigung zur Bildung von Eiter wie bei anderen akut entzündlichen Kinderkrankheiten. Zwischen den hier beschriebenen Affektionen und einigen sekundären Erscheinungen muſs aber klar unterschieden werden. In vielen Fällen sieht man die ganze Reihenfolge der komplizierenden Gebilde als die Folge von Kratzen auftreten, indem die zerrissenen Quaddeln vereitern und namentlich an den Extremitäten zur Entwickelung von Ekthyma führen. Die Papeln an sich verursachen nur wenig Pruritus, und der Grad der Excoriationen und Krustenbildung ist in den einzelnen Fällen verschieden.

Was nun erstens die Bläschenbildung betrifft, so ist es durchaus nichts Ungewöhnliches bei typischen Fällen von Lichen urticatus gröſseren Vesiculae oder kleinen Bullae zu begegnen. Meiner Erfahrung nach sind sie regelmäſsig an den Händen und Füſsen und meistenteils an den Beugeseiten lokalisiert, dabei gewöhnlich wunderschön gespannt, abgerundet, mit

klarem Inhalt, und sie erheben sich direkt von der Haut ohne irgend welche Anzeichen von Entzündung ganz wie die Pemphigusblasen. Ich besitze Aufzeichnungen über viele Fälle, und ich kann nicht Herrn HUTCHINSON beipflichten, wenn er sagt, sie treten namentlich bei den auf Varicella folgenden Fällen auf. Derartige Bläschen sieht man ganz häufig bei der gewöhnlichen Urticaria papulosa. Seltener sind die auf den Papeln aufsitzenden kleineren Bläschen, die über die ganze Oberfläche zerstreut sind und in der Regel nur mit Hilfe einer Linse wahrgenommen werden können.

Rein pustulöse Formen kommen häufiger vor. Die Pusteln können mit Papeln untermischt sein, oder während eines gewissen Zeitraums im Verlaufe der Krankheit kann der Ausschlag durchweg pustulös sein und auf eine mehr oder weniger ausgedehnte Eruption von Papeln folgen, oder auch letztere können auf ein pustulöses Stadium nachfolgen. Im letzteren Falle ist es möglich, die Affektion mit Varicellen zu verwechseln, aber hierauf lege ich weniger Gewicht, da der Ausschlag für diejenigen, welche denselben nicht genau kennen, schwer zu bestimmen ist. Es ist mir auch vorgekommen, daſs er für Variola gehalten wurde und natürlich auch oft und ganz irrig für Scabies. Daſs die Affektion auch als Folge von Varicellen auftritt, ist unzweifelhaft der Fall, doch kommt dieses durchaus selten vor. In analoger Weise können auch die papulösen, pustulösen und vesikulösen Stadien in mehr oder weniger engem Zusammenhang an Röteln, seltener an Scharlach, besonders aber an die Vaccination sich anschlieſsen. Dabei hat aber, glaube ich, die Urticaria keinen direkten Bezug zu diesen Erkrankungen, sondern ist nur als eine indirekte Folge der durch dieselben bedingten Gesundheitsstörung und Körperschwäche anzusehen. In den weitaus meisten Fällen dieser Art hatten die Kinder niemals Varicellen oder Masern durchgemacht; dagegen habe ich mehr als einmal das Hinzutreten von Masern und selbst von Varicellen zu einer pustulösen Eruption beobachten können. Niemals ist es mir begegnet, daſs diese Urticaria nach Scabies sich entwickelt hätte. Mit Bezug auf das Vorkommen eines pustulösen Ausschlags in direktem Anschluſs an Varicella muſs man stets im Auge behalten, daſs ein durch Auto-Inokulation bewirkter Ausschlag (Impetigo contagiosa) durch Zerkratzen der Varicellenbläschen herbeigeführt werden kann, wie ich mehrere Mal beobachtet habe.

Urticaria papulosa im Gefolge von Varicella.

SIDNEY L., drei Jahre alt, wegen Ichthyosis simplex in Behandlung, acquirierte gleichzeitig mit den anderen Kindern der Familie Varicella, die aber bei ihm einen fast gangränösen Verlauf nahm und zahlreiche tiefe Narben, sowie beträchtliche Körperschwäche hinterlieſs. Im unmittelbaren Anschlusse an die Varicellen traten fortwährend bei Tag sowohl als bei Nacht weiſse Quaddeln von der Gröſse eines silbernen Zwanzigpfennigstückes oder kleiner hervor, blieben 10 bis 15 Minuten lang

bestehen, wobei sie heftigen Juckreiz verursachten, und hinterließen bei ihrem Vergehen Papeln. Nur Ein Bläschen wurde konstatiert. Sieben Monate später wurde ein gelegentliches Hervortreten des Ausschlags immer noch bemerkt, und war gerade am Abend zuvor auf ein Bad wieder zum Vorschein getreten. Nach weiteren zwölf Monaten hatte die Affektion immer noch nicht ganz aufgehört.

Daisy S., zwei Jahre alt, acquirierte Röteln und eine Woche nachher Varicella. Die Diagnose wurde von einem zuverläſsigen Beobachter, dem verstorbenen Dr. Wreford Langmore, gestellt. „Groſse Geschwüre“ und „richtige Blasen“ blieben zurück und gingen allmählich in den mir zur Behandlung überwiesenen Ausschlag über. Die kleine Patientin bot groſse Flatschen typischer Urticaria dar; im Centrum derselben sah man kleine, entzündliche Gebilde, die teils papulös, teils vesikulös, teils pustulös waren.

Bei einigen meiner Fälle glaubten allerdings die betreffenden Mütter, daſs die Kinder an Windpocken gelitten hätten, doch konnte ich nicht genügende Bestätigung der Diagnose erhalten. So z. B.:

Ambrose C., Alter 10 Monate, hatte am 10. Juli zum erstenmale einen Ausschlag, der sich als „kleine, wässerige Knötchen“ auf dem Rücken, Gesicht und Beinen darstellte, und den die Mutter für Varicella hielt. Die anderen Kinder blieben frei. Am 19. Juli war der Rumpf mit kleinen roten Papeln bedeckt und das Kind blieb einige Wochen mit typischem Lichen urticatus in Behandlung.

(Fortsetzung folgt.)

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Eine Impfung des Trichophyton auf den Menschen.

Von

Dr. P. Scharff
in Stettin.

Trotz einer äuſserst reichhaltigen Litteratur über die verschiedenen Formen der Trichophytie finden sich in keinem der einschlägigen Lehrbücher Aufschlüsse über den pathologisch-anatomischen Charakter der durch diese Pilzerkrankung affizierten Haut. Auch die Speziallitteratur gibt nur geringe Ausbeute. Wir haben auſser den „anatomischen Befunden“ Dr. Weyls in der *Allgem. Wien. mediz. Zeitschrift* 1884. No. 9 und 14. bei „Herpes circinatus und Sycosis parasitaria“ keine Versuche gefunden, diese Lücken auszufüllen. Dieser Umstand dürfte es gerecht-

fertigt erscheinen lassen, folgenden Bericht über einen genau untersuchten Fall von am Menschen durch Impfung erzeugter Trichophytie zu veröffentlichen.

Um den Erfolg der beabsichtigten Impfung möglichst zu sichern, wurden dazu zwei auf Glycerin-Agar angelegte Reinkulturen mit allen typischen, makroskopischen und mikroskopischen Merkmalen des Trichophyton-Pilzes verwandt, welche von Patienten der Klinik gewonnen und sich bei anderweitigen Versuchen als durchaus lebensfähig erwiesen hatten. Von diesen wurde Mitte Januar d. J. reichliches, mit Mycel untermischtes Sporenmaterial auf meine beiden Unterarme nach gehöriger antiseptischer Reinigung unter schneidenden und schabenden Bewegungen mit einem geglühten Platinmesserchen eingerieben. Jede stärkere Verwundung wurde vorsichtig vermieden, um den Infektionsstoff durch die Blutung nicht fortschwemmen zu lassen. Nachdem das geringe Serumexsudat eingetrocknet war, wurden die Stellen mit reinem Fließspapier bedeckt und eingeleimt.

Nach vier Tagen wurde der Verband entfernt. An den Impfstellen war außer den noch sichtbaren Kratzspuren nur eine leichte Rötung zu bemerken. Allmälig traten innerhalb der geröteten Partie unter sich dauernd steigerndem Jucken kleinste papulöse Erhebungen auf, welche trocken keinen Bläschencharakter zu haben schienen, jedoch durch eine dünne Wasserschicht, im Bade betrachtet, einen solchen gewannen, wie es nachher auch die mikroskopische Untersuchung bestätigte. Durch die Vermehrung, dichte Aneinanderreihung und Verschmelzung dieser Individualefflorescenzen bildete sich bis zum achten Tage das Bild einer etwa markstückgroßen, ungefähr kreisförmig begrenzten Platte aus, welche sich etwas über das Niveau der normalen Haut erhob. Während sich nun im weiteren Verlaufe das Centrum dieser Plaques leicht bräunlich färbte, und unter feiner, kaum merkbarer Abschuppung spontan abzuheilen schien, breitete sich peripher die Affektion immer mehr aus, indem sich auf beiden Armen in centripetaler Richtung der intensiver gefärbte Rand immer weiter vorschob, stets unter Wahrung kreisförmiger Konturen. Dem palpierenden Finger erwies sich die ganze affizierte Fläche als ziemlich stark infiltriert, so daß sie sich als derbe Platte von der weicheren, normalen Umgebung deutlich unterschied. Nach weiteren 14 Tagen war der Umfang beider Stellen circa der eines Fünfmarkstückes. Nachdem durch Aussaat einiger Schüppchen, von beiden Armen gesondert, sich wieder typische Trichophyton-Kolonien auf Agar-Agar gebildet hatten, wurden Anfang März aus beiden Plaques im ganzen drei Hautstücke bis in das Fettgewebe hinein excidiert, in Alkohol gehärtet und nach der Paraffinmethode eingebettet. Die so behandelten Hautstücke wurden nun vertikal und horizontal in mikroskopische Schnitte zerlegt.

Die Untersuchung fand unter Benutzung aller Hilfsmittel der mikroskopischen Technik statt und ergab Resultate, die wenigstens in Bezug auf die Ausdehnung des erhofften Pilzbefundes hinter der anscheinend berechtigten Erwartung zurückblieben. Von den verschiedensten Färbemethoden bewährte sich mir am besten eine Vorfärbung mit Eosin und die Nachfärbung in LÖFFLERschem Methylenblau. Durch letzteres wurden mit den Kernen zugleich auch die Mycelstücke und Sporen gefärbt, so daſs man die letzteren beide nur durch die abweichenden langgestreckten Formen, die scharf geschnittenen Kanten, die helleren Konturen, die allerdings nur selten angetroffene Septenbildung sowie auch durch die Inhaltsfärbung der Sporen unter Freilassung einer lichten Randzone, das ist die Sporenmembran, diagnostizieren konnte. Eine isolierte Färbung der Pilzelemente ist mir trotz aller Versuche auch mit anderseits[1] empfohlenen Färbungsmethoden, wie die mit PARTSCH-GRENACHERschem Alaunkarmin und der WEIGERTschen nicht gelungen.

Es dürfte kaum allgemein bekannt sein, daſs die blaſsgelblichen vielgestaltigen Figuren, welche geronnene Blutmassen auf feinen Schnitten zeigen, zuweilen eine frappante Ähnlichkeit besitzen mit den ebenso feinen Durchschnitten eines ungefärbten Mycelgeflechtes. Würden die Mycelien des Trichophyton ebenso leicht färbbar sein, wie diejenigen anderer Hyphomyceten, so wäre durch eine einzige gute Färbung jede Möglichkeit einer solchen Verwechslung ausgeschlossen. Allein wie meine zahlreichen, hierauf gerichteten Versuche bewiesen, ist eine gute Färbung der Mycelien dieses Pilzes in der Hornschicht nicht leicht zu erzielen, ohne daſs zugleich die Hornschicht stark mit überfärbt wird. Auch die sonst vortreffliche Methode von BOECK läſst hier im Stiche. Man ist also bis jetzt darauf angewiesen, auch nach ungefärbten Mycelien in der nicht oder schwach gefärbten Hornschicht zu suchen. Hierbei gibt allerdings die Verwechslung mit ausgetretenem Blut eine nicht zu unterschätzende Fehlerquelle ab. Um diese zu vermeiden, härtete ich nach einem mir von Dr. v. SEHLEN freundlichst gemachten Vorschlage eine Trichophyton-Reinkultur auf Agar-Agar in absolutem Alkohol und verglich in den davon angefertigten, teils ungefärbten, teils sorgfältig tingierten Schnitten die Schnittbilder der Mycelgeflechte mit den geronnenen Blutmassen innerhalb der Hornschicht meiner Hautschnitte.

Es stellte sich nun heraus, daſs wirkliche Mycelien nur in ganz wenigen Stellen mit Sicherheit nachzuweisen waren. Dieselben lagen erstens innerhalb der unteren Lagen der Hornschicht und zweitens im unteren Teile des Haarbalgtrichters ebenfalls zwischen Hornzellen. Hier

[1] Dr. VEYL, l. c.

waren auch unzweifelhafte, durch ihre blasse Hülle gekennzeichnete, in ihrem Inhalt tief gefärbte Sporen nachzuweisen.

Dagegen zeigte sich die Stachelschicht der Oberfläche sowohl wie des Haarbalges durchaus frei von Pilzelementen, und selbstverständlich wies auch die Cutis nirgends solche auf.

Die Haut zeigte im ganzen die Symptome einer chronischen Entzündung.

Die Hornschicht war vielfach verdickt und reich an leicht färbbaren Kernen. Die Zellen der Stachelschicht waren vielfach gequollen; an anderen Stellen zeigten sie reichliche Mitosen. Außerdem fielen an den oberen Lagen dieser Schicht vielfach durch Einschmelzung von Zellen entstandene Bläschen[1] auf, welche wohl auf eine direkte Einwirkung des Infektionsmaterials zurückzuführen sein dürften gegenüber den überall durch den Infektionsmodus und den kratzenden Finger in der Hornschicht erzeugten Spalten, Rissen und Auffaserungen.

Die Cutis erwies sich im ganzen Bereiche des Papillarkörpers als mitbeteiligt. Ihr Gewebe ist ödematös geschwollen, die Gefäße sind stark erweitert und von reichlich vermehrten Bindegewebskörperchen und hier und da eingesprengten Wanderzellen umlagert. Eine Färbung auf Mastzellen vermochte diese in bemerkenswert reicher Anzahl nachzuweisen.

Die gegenüber der großen Anzahl von durchmusterten Schnitten geringe Menge von parasitären Elementen, welche auf den ersten Blick auffallen könnte, läßt sich meines Erachtens auf folgende Weise erklären. Die Hornschicht des Menschen ist im allgemeinen ein nur mittelmäßiger Nährboden für das Trichophyton, welches seinerseits schon in sehr geringer Menge bedeutende Störungen auf der Haut hervorzurufen vermag. Daher stirbt der Pilz, während er in den Randpartien vorwärtsschreitet, in den erst befallenen Gewebspartieen ab, sowie sich eine stärkere Reaktion entwickelt hat. So erklärt es sich, daß man ihn nur noch spärlich in den Schnitten antrifft, die von solchen Orten entnommen sind, welche durch ihre Entzündungserscheinungen noch ein bedeutendes Ergriffensein der Haut anzeigen. Mein Material hatte ich mir leider nicht von den jüngst vorgeschobenen Randpartieen, sondern indem ich mich nach der Höhe der entzündlichen Reizung richtete, von älteren Stellen entnommen. In diesem Sinne dürfte ich wohl auf die Beobachtung von Grawitz (*Virchows Archiv* 3. Bd. 1886) hinweisen, daß in zwei von ihm durch Impfung erzeugten Trichophyton-Fällen die vorher in den Schuppen nachweisbaren Mycelien nach Ablauf von drei Wochen verschwunden waren.

---

[1] Ähnlich denjenigen, welche Török in „Zur Anatomie der Scabies“ in *Monatshefte f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889, pag. 360 bei dieser parasitären Erkrankung beschrieben hat.

Ich möchte das Resultat meiner Arbeit, bei welcher ich mich der liebenswürdigsten Unterstützung seitens Herrn Dr. UNNAS zu erfreuen hatte, so zusammenfassen:

Während wir bisher gewohnt sind, das Trichophyton in seinen Hauptschlupfwinkeln, den Haaren der Kopfhaut, in üppigster Weise gewuchert vorzufinden, wobei sich die Reaktion der Cutis in mäſsigen Grenzen hält, finden wir in der unbehaarten, resp. nur mit Lanugohaaren bestandenen Haut ein geradezu umgekehrtes Verhältnis: eine bedeutende Reizung derselben trotz. einer nur geringen Proliferation der Pilze in der Hornschicht. Mit diesem Umstande dürfte es wohl auch zusammenhängen, daſs die Trichophytie der Hornschicht so viel leichter heilt als die der Haare. Die künstlich erzeugte Reizung und Entzündung, welche man bekanntlich zu einer therapeutischen Methode der Trichophytia capitis gegenüber erhoben hat, findet so in den reaktiven Prozessen der unbehaarten Oberfläche ein natürliches Vorbild und damit eine Bestätigung ihrer Rationalität.

Versammlungen.

Ärztlicher Verein zu Budapest.

Über Lichen ruber acuminatus. (In Anschluſs an eine Krankendemonstration). Vortrag gehalten im Vereine der Ärzte zu Budapest, am 11. Januar 1890. Von Dr. HAVAS. (*Pester med. chir. Presse.* 1890. No. 3). H. stellt einen 11jährigen Knaben vor, bei dem die Hautkrankheit seit 7 Jahren besteht. Am ganzen Körper sieht man hirsekorn- bis stecknadelkopfgroſse, harte, von der Oberfläche sich erhebende, an der Spitze mit einem Schüppchen (Hornkegel. Ref.) bedeckte, in der Achse durch Lanugo durchbohrte Knötchen, welche an einzelnen Stellen, wie an den oberen Extremitäten, namentlich vorn an der Schulter, an beiden Seiten des Thorax, an den Hüften dicht aneinandergereiht sind und hierdurch der Haut einen derberen infiltrierteren Charakter verleihen; an diesen Stellen wird auch eine mäſsige Abschuppung beobachtet. Mit der Hand darauf fassend, bekommt man das Gefühl eines Reibeisens. Die Gesichtshaut ist trocken, die unteren Lider ektropioniert. (Am Stamm waren auch zahlreiche stecknadelkopfgroſse, weiſse, von der Farbe der übrigen Haut nicht abstechende, von Lanugohaaren durchbohrte Knötchen, wie bei Ichthyosis follicularis zu sehen. Ref.) Nach dieser Vorstellung schildert H. die Symptome des Lichen ruber acum. KAPOSI, sowie die von BESNIER als charakteristisch bezeichneten Symptome der Pityriasis pilaris. (H. identifiziert beide Krankheiten, und doch apostrophiert er den Dr. RÓNA, der die Existenzberechtigung des Lichen ruber acuminatus leugnete. Ref.). Er setzt hierauf seinen Vortrag wie folgt fort.

Histologisch beschränkt sich die bedeutendste Veränderung auf die Epidermis; später beteiligt sich daran auch das oberere Drittel des Corium, nämlich der Papillarkörper. Die Krankheit ist somit eine Hyperkeratosis exfoliativa, deren Hauptsitz in den Seiten des Infundibulums der Follikel, ferner in den zu den Follikeln gehörenden Talgdrüsen, im Nagelbett, somit in jenen Stellen ist, wo die Epidermis-

bildung auch physiologisch gesteigert erscheint. Die Affektion geht vom Rete infolge seiner Ernährungsstörung aus; erst wenn die Krankheit einen gewissen Grad erreicht hat, treten Erscheinungen von Hyperämie im Papillarkörper, Odem, Exsudation in den oberen Partien des Corium auf.

Die histologische Untersuchung des vorliegenden Falles nahm Docent Pertik vor.

(Den vorgestellten Patienten führte Dr. Havas nach Wien und zeigte ihn dem Prof. Kaposi, der selbst die Diagnose: Lichen ruber acuminatus Kaposi bestätigte. Ref.)

An diesen Vortrag knüpfte sich eine längere Diskussion seitens Róna und Schwimmer.

Róna. Mit grofser Spannung erwartete er diese Krankenvorstellung und knüpfte grofse Erwartungen an diesen Abend. Wie denn nicht? Die heutige Demonstration sollte ja in vivo die Existenzberechtigung des Lichen ruber acuminatus zeigen und so die Früchte seiner 2jährigen Arbeit über Lichen ruber, oder was noch viel mehr heifsen soll, die Ergebnisse des Pariser internationalen dermatologischen Kongresses in dieser Frage vernichten. Dies sei aber keineswegs gelungen.

R. behauptete im Jahre 1888 in seiner Arbeit über Lichen ruber (*Monatsh. f. prakt. Dermat.* Orvosi Hetilap.) dafs er als Lichen ruber nur den Lichen planus Wilsons anerkenne, und dafs er den von Kaposi aufgestellten Typus: Lichen ruber acuminatus als Lichen ruber nicht acceptieren kann, weil ein solcher Lichen ruber von niemandem beobachtet und beschrieben worden ist. In derselben Arbeit gab R. die Schilderung eines Krankheitstypus genau nach Devergie vom Jahre 1854—1856, und nach Richaud vom Jahre 1877, die Schilderung der Pityriasis pilaris Devergie. R. selbst hielt diesen Krankheitstypus keinen Augenblick für Lichen ruber. Da kam es, dafs auf dem Pariser Kongresse 1889 Kaposi für seinen Lichen ruber acuminatus die Pityriasis pilaris Devergie reklamierte, jene Pityriasis pilaris, welche die Franzosen schon lange vorher kannten, und welche eben in dem letzten verflossenen Jahre nicht nur von ihnen, sondern auch von Forschern anderer Nationen klinisch und histologisch neu studiert und ausgezeichnet beschrieben und als eine Krankheit sui generis, als eine von Lichen (ruber) Wilsoni ganz unabhängige Affektion dargestellt worden ist.

Das Ergebnis dieses Kongresses, die Lichenfrage betreffend, war: Den Namen Lichen verdient nur die Wilsonsche Gattung. Der Hebrasche Typus: Lichen ruber acuminatus (Kaposi) gehört nicht hierher. In dem letzteren sind teilweise Fälle von Pityriasis pilaris Devergie gezählt worden, was von nun an nicht mehr geschehen darf. Und trotzdem bestand Kaposi auf seiner Behauptung, dafs sein Lichen ruber acuminatus und der Lichen planus Wilsoni einen und denselben Prozefs darstellen.

R. hoffte noch immer, dafs Kaposi in dieser Frage nachgeben werde, denn er bezweifelte die Möglichkeit, dafs ein so hervorragender Forscher wie Kaposi zwei klinisch und histologisch so grundverschiedene und gar nicht verwandte Typen auf die Dauer für einen und denselben Prozefs halten kann.

Aber heute, in Anbetracht dessen, dafs den Fall, den Havas hier vorstellt, Kaposi selbst gesehen und die Diagnose selbst auf Lichen ruber acuminatus gestellt hat, also hiermit in vivo gezeigt hat, was er denn eigentlich unter seinem Lichen ruber acuminatus versteht, zweifelt R. nicht mehr an dieser Möglichkeit. Aber heute ist R. mehr denn je bemüssigt, seine im Jahre 1888 gemachten Behauptungen voll aufrecht zu erhalten und noch energischer zu protestieren, dafs angesichts dieses Falles der Lichen ruber acuminatus Kaposi im Rahmen des Lichen ruber acceptiert und gelehrt werde. Denn den vorgestellten Fall nicht

für Lichen ruber und als nicht verwandt mit Lichen planus Wilson zu erklären fühlt sich R. nach seinen eingehenden klinischen und histologischen Studien für kompetent. Der vorgestellte Fall zeigt keine Spur eines Lichen Wilsoni. Der Fall ist die reinste typische, klinische Pityriasis pilaris Devergie, mit der er sich nach den ausgezeichneten Untersuchungen des Dr. Pertik auch histologisch vollkommen deckt. Die vereinzelten, den oberflächlich Beobachtenden als Lichen planus Efflorescenzen imponierenden, zierlichen, silberweifsen Rosetten am Sternum, sind nur Schuppenanhäufungen um die Haarfollikel herum, sind leicht abzuheben und verdecken weder ein Knötchen, noch eine Infiltration der Kutis, sondern nur eine feuchte blasse Stelle mit einer Follikelmündung. Der Name Pityriasis pilaris Devergie soll beibehalten werden.

Prof. Schwimmer bemerkt, dafs die ziemlilch verworrene Frage des Lichen ruber auch auf dem Pariser Kongresse nicht gelöst wurde. Es ist Thatsache, dafs der Lichen ruber acuminatus eine selbständige Affektion ist, die allerdings sehr selten vorkommt; sie ist so selten, dafs man z. B. in New York ihre Existenz geleugnet hat, bis im Jahre 1888 auch dort ein Fall beobachtet wurde. Man ist nicht berechtigt, den Lichen ruber acuminatus und Lichen planus für zwei verschiedene Krankheitsformen anzusehen (?); denn es können Fälle vorkommen, wo beide Formen gleichzeitig vertreten sind. Hebra sah 14 Fälle von Lichen ruber acuminatus. Schwimmer hat im Jahre 1869 aus der Hebraschen Klinik 6 Fälle publiziert. In Bezug auf den vorgestellten Fall bemerkt S., dafs einzelne Knötchen dafür zu sprechen scheinen, dafs neben dem Lichen ruber acuminatus auch Lichen planus auftreten kann.

Bezüglich der Frage, ob Pityriasis pilaris und Lichen ruber acuminatus identisch seien, bemerkt S., dafs die Fälle Besniers thatsächlich dem entsprechen, was wir als Lichen ruber acuminatus bezeichnen. S. glaubt, dafs es sich um identische Krankheitsprozesse handelt. *Róna-Budapest.*

Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft.

Erster Kongrefs, gehalten zu Prag vom 10. — 12. Juni 1889.

IV., V. und VI. Sitzung.

Vorsitzender: Herr Doutrelepont.

(Fortsetzung.)

Nachdem der Präsident der Versammlung von dem Ableben des Herrn Prof. Ultzmann in Wien Mitteilung gemacht und Herrn Prof. Neumann den Vorsitz übertragen, erhält das Wort

24. Herr Friedheim (Leipzig): **„Zur Behandlung der akuten Gonorrhöe.“**

An der Breslauer Klinik wurden mit 30 verschiedenen gebräuchlichen Arzneimitteln Versuche in der Behandlung des Trippers mittelst Injektionen gemacht und zwar deren Wirkung überhaupt, besonders aber die antibakterielle und die eventuelle irritierende, geprüft.

Das Ergebnis ist, dafs keines der verschiedenen Arzneimittel imstande ist, mit dem Argentum nitricum einen Vergleich auszuhalten. Dieses Arzneimittel hat sich von allen am besten bewährt und nimmt unbedingt eine souveräne Stellung ein.

Es wurde angewandt in der Lösung von 1,0 : 2000,0 bis 1,0 : 5000,0, durchschnittlich 1,0 : 3000,0.

Weitere Mitteilungen hierzu wurden bereits durch Herrn Neisser (cf. pag. 509) gemacht.

Es entspinnt sich im Anschluſs an den Vortrag des Herrn Friedheim eine längere allgemeine Diskussion über den Gonokokkus und was damit zusammenhängt. Herr Finger hat bei akuten Gonorrhöen in fast allen Fällen Gonokokken nachweisen können; in einzelnen wenigen Fällen ist das Resultat der Untersuchung bezüglich des Gonokokkus negativ. In einem typischen Falle von Gonorrhöe fand Finger einen schlanken Bacillus, der in den Eiterzellen lag und bei der Kultur Ähnlichkeit mit den Typhusbacillen hatte. Bei den Fällen, in denen dieser Bacillus nachgewiesen wurde, war das Sekret eigentümlicherweise ganz milchig und der Verlauf vom Beginn an chronisch.

Im Gegensatz zu Neisser kann Finger die Injektionen von nitras argenti gleich im Beginn der Erkrankung nicht empfehlen; der Erfolg sei zwar auffallend aber trügerisch und verführe den Patienten, die anbefolenen Injektionen nicht fortzusetzen, was dann sehr schädlich sei; fange man aber erst nach dem akuten Stadium des Trippers an zu injizieren, so seien die Effekte zwar nicht so rapide, aber anhaltender.

Die Zwei-Gläserprobe kann nur eine Bedeutung haben, wenn die Sekretion noch eine reichliche ist, also wenn die Urethritis 2—4 Wochen alt ist. — Durch die Irrigation der pars anterior wird der sphincter externus reflektorisch zu Kontraktionen gereizt und dadurch der in der pars posterior vorhandene Eiter leichter in die Blase gepreſst; daraus folgt, daſs man bei solchem Verfahren aus der Trübung des zweiten Glases keine Cystitis diagnostizieren kann. — Bei der Anwendung der Endoskopie soll man sich des reflektierten Lichtes bedienen.

Herr Oberländer: Die letzten Reste einer gonorrhoischen oder nicht gonorrhoischen Schleimhautaffektion der Harnröhre kann man nur durch Endoskopie erkennen. —

Die Gonokokkenuntersuchung der Prostituierten ist nicht durchführbar und auch praktisch ohne sonderliche Bedeutung, weil der Nachweis der Kokken an irgend einer Stelle der Genitalien keinen Schluſs auf den Sitz der gonorrhoischen Erkrankung zuläſst.

Das Elektro-Urethroskop ist ein geeigneteres Instrument, als das mit reflektiertem Licht.

Herr Grünfeld: Die Endoskopie ist gar nicht so schwer, als Kollege Neisser behauptet; sie ist im Gegenteil für den Arzt leichter anzuwenden, als die Mikroskopie. Mann muſs es nur verstehen.

Herr Jadassohn: Wenn man bei der Ausspülung der pars anterior vorsichtig verfährt, ist dieselbe ungefährlich; man treibt damit den Prozeſs nicht weiter nach hinten. — An der weiteren, unwesentlichen Diskussion beteiligen sich die Herren Finger, Zeissl, Neisser, Oberländer, Grünfeld, Klotz. Damit Schluſs der Debatte.

25. Herr Blaschko (Berlin): **„Über den Verhornungsprozeſs“.**

Die epidermoidale Zelle erleidet während des Verhornungsprozesses morphologische und chemische Veränderungen.

Nach den Untersuchungen des Vortragenden bestehen die Retezellen aus zahlreichen, einander kreuzenden Fibrillenbündeln, in deren Knotenpunkten die bläschenförmigen Zellkerne liegen. Die Fibrillen der einzelnen Bündel laufen parallel und

sind geschieden durch eine interfibrilläre Substanz (Hyaloplasma, Paraplasma). In den Intercellularräumen findet sich eine Intercellularflüssigkeit. Die fibrilläre Struktur der Epithelzellen erhält sich durch alle Stadien des Verhornungsprozesses.

Was die chemischen Veränderungen betrifft, die sich zuerst im strat. granulosum zeigen, so ist die Substanz der Körner im Stratum kein Fett, kein Lanolin, kein Hyalin, kein Keratin, kein Nuclein, kein Pigment, sondern sie ist eine eiweißartige Substanz, wahrscheinlich ein Mittelding zwischen Hornsubstanz und Zellprotoplasma, eine Vorstufe des Keratins.

26. Herr Lazansky (Prag): **„Zur Keratohyalin-Frage".**
Wird an anderer Stelle dieser Zeitschrift referiert werden.

27. Herr Wermann (Dresden): **„Beiträge zur Lehre vom Hautpigment".**
Daſs das Hautpigment nicht in der Epidermis entsteht, sondern aus der Kutis dorthin gelangt (nach Unna durch den Lymphstrom), ist noch unentschieden.

Der Vortragende untersuchte ein Vitiligo-Präparat, und fand, daſs das Pigment im Bereiche des erkrankten Fleckes im Epithel vollständig fehlte, dagegen im Korium von den Randpartien nach dem Zentrum hin abnehmend, sich noch vorfand. In den angrenzenden gesunden Hautpartien war das Epithel dunkler pigmentiert, im Korium das Pigment in kernhaltigen Zellen eingeschlossen, welche der Mehrzahl nach dem Laufe der Gefäſse folgen, aber auch verstreut in der Papillarschicht und in der Umgebung der Haarbälge und Drüsen vorkommen. Auſser den Pigmentzellen fanden sich nach Färbung der Präparate mit Methylenblau massenhaft Ehrlichsche Mastzellen, welche nach Form und Lagerung den ersteren gleichen.

Eine direkte Verbindung der Pigment- und Mastzellen mit dem Epithel konnte nicht beobachtet werden weder an diesem Präparat, noch an zwei anderen, welche von Naevis herrührten.

Dagegen wurde konstatiert, daſs manche der beobachteten Mastzellen Pigment enthalten, und zwar in verschiedener Menge, und neben diesem Pigment noch Protoplasmakörnchen.

Die Mastzellen sind wahrscheinlich als Wanderzellen aufzufassen, welche das Pigment von seiner Bildungsstätte in der Kutis nach der Oberhaut transportieren.

Möglicherweise sind Pigment- und Mastzellen identisch, und nur zwei verschiedene Entwickelungsformen derselben Zelle.

28. Herr Joseph (Berlin): **„Über akutes, umschriebenes Ödem der Haut und paroxysmale Hämoglobinurie".** (Ref. Bd. X. pag. 370.)

Diskussion:

Herr O. Rosenthal beobachtete, daſs die Affektion häufig in der Nähe von Entzündungsherden auftrat.

Herr Neisser glaubt nicht an die Unnasche Theorie vom Venenspasmus, sondern meint, es handle sich um eine Reizung vasodilatatorischer Nerven.

Herr Behrend pflichtet Unna bei, daſs die akuten circumscripten Odeme wahrscheinlich mit der Urticaria in Verbindung stehen. Er kann sich nicht denken, wie eine Thätigkeit vasomotorischer Nerven zu einem circumscripten Ödem von der Ausdehnung einer Linse — wie bei der Urticaria — führen kann. Der doch überall vorhandene Kollateralkreislauf müſste doch sofort die in einem so kleinen Gefäſsgebiet auftretende Störung ausgleichen. — Schluſs der Sitzung.

Dreckmann-Recklinghausen.

Nachdem Herr Pick Herrn Neisser das Präsidium übertragen, erhält das Wort

29. Herr Pick: **„Zur Anatomie der Lymphgefäfse der männlichen Genitalien“.**

Der Vortragende demonstriert einige Abbildungen, bezüglich deren wir auf die dem Original beigegebene Tafel verweisen müssen.

30. Herr Pick: **„Über einen Fall von Follikulitis präputialis gonorrhoica“.** (Demonstration).

Der Fall unterscheidet sich von einem schon früher von Touton beobachteten, wesentlich nur dadurch, dafs nicht gleichzeitig eine Urethritis vorhanden war.

In dem der Geschwulst entnommenen Eiter wurden reichlich Gonokokken nachgewiesen.

31. Herr Pick: **„Histologisches Verhalten der regionären Drüsen bei primärer Hauttuberkulose“.** (Demonstration).

32. Herr Pick: „Demonstration eines **seltenen Falles von Lupus“.**

Diskussion:

Herr Pick teilt auf Befragen mit, dafs der mikroskopische Befund in dem vorliegenden Falle in dem reichlichen Vorhandensein von miliaren Tuberkeln mit massenhaften Riesenzellen bestanden habe.

In der weiteren Diskussion werden verschiedene Vorschläge und Mitteilungen bezüglich der Therapie des Lupus gemacht. Möglichst radikale Beseitigung aller krankhaften Gewebe mittelst Messer oder Löffel hat die Behandlung einzuleiten. Herr Doutrelepont läfst dann die kranken Partieen mit dem Paquelin ausbrennen und Sublimatumschläge machen, abwechselnd mit Pyrogallussalbe. Herr Lesser nimmt nach dem Auskratzen eine Atzung mit 50 % arg. nitricum-Lösung vor und läfst dann unter einfacher Borsalbe ausheilen. Herr Touton zerstört, um eine Allgemeininfektion zu verhindern, vor dem Auskratzen die Tuberkelbacillen durch mehrtägiges Auflegen einer 10 %igen Pyrogallussalbe, und behandelt nach dem Auskratzen mit Sublimatsalben (1 : 1000) weiter. Herr Joseph empfiehlt die Milchsäurebehandlung bei umschriebenen Lupusknoten. Herr Pick hat die Behandlung der ausgekratzten Lupusfläche mit Argentum nitricum nicht verläfslich gefunden und ätzt statt dessen mit Kali kaustikum; auch mit Perubalsam hat derselbe in neuester Zeit gute Resultate erzielt. *Dreckmann-Reklinghausen.*

33. Herr Pick: **„Über Melanosis lenticularis progressiva“** mit Krankendemonstration.

34. Herr Pick: **Demonstration von Urticaria pigmentosa und Urticaria menstrualis gonorrhoica.**

Der vorgestellte 9jährige Knabe ist 6 Monate nach seiner Geburt erkrankt und ist seine Krankheit noch auf demselben status quo. Das Exanthem ist über den ganzen Rumpf verbreitet und besteht aus kleinen, flachen, quaddelförmigen Efflorescenzen von gelber Färbung, die längere Zeit persistieren und mit Hinterlassung dunkelbrauner Flecken verschwinden. Die Reizbarkeit der Haut ist augenblicklich so grofs, dafs Herr Pick imstande ist, vor den Augen der Anwesenden den Namen des Knaben in Quaddeln auf die Haut zu schreiben. Therapie erfolglos.

Aus der Diskussion ist hervorzuheben, dafs Herr Arning über einen später von Unna publizierten Fall berichtete, bei dem sich das Exanthem auch auf die Kopfschwarte erstreckte, und wo sich auf der Höhe der Quaddel eine halbkugelige Blase entwickelte, die allmählich eiterig wurde und eintrocknete.

Herr Pick stellt dann noch eine Frau vor, bei welcher das stets unter großen Schmerzen erfolgende Eintreten der Menstruation begleitet war von dem akuten Auftreten eines Urticariaexanthems. In den Menopausen verlor das Exanthem bedeutend an Ausbreitung und Intensität der Symptome. Die Kranke litt außerdem an beiderseitiger chronischer Oophoritis mit Vergrößerung der Ovarien und Verdickung beider Tuben. Im Cervilkalsekret wurden Gonokokken nachgewiesen und waren die genannten Krankheiten wahrscheinlich gonorrhoischen Ursprungs. Nach Exstirpation der erkrankten Ovarien u. s. w. wurde keinerlei paroxysmales Auftreten der Urticaria mehr beobachtet und ist Patientin augenblicklich blühend gesund.

35. Herr Pick: „**Mitteilung eines Falles von Mycosis fungoides** mit Krankendemonstration".

Der Fall ist besonders deshalb besonderer Beachtung wert, weil die Mykosis sich auf den Plaques einer inveterierten Psoriasis entwickelt hatte. Klinisch ist zu erwähnen, daſs die Krankheit durch Arsengebrauch sichtlich günstig beeinfluſst wurde.

36. Herr Veiel: „**Über Mycosis fungoides.**"

Der Vortragende hat einem mit mycos. fungoides behafteten Kranken einen Knoten exstirpiert und teilt das Resultat der von Prof. Ziegler in Tübingen vorgenommenen histologischen Untersuchung mit. Aus demselben ist hervorzuheben, daſs keinerlei Bacillen oder Kokken gefunden wurden; ferner, daſs die Infiltration mit Zellen so reichlich ist, daſs die faserige Grundsubstanz im Vergleich dazu ganz zurücktritt.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren Pick, Havas, Doutrelepont, Veiel und Neisser.

37. Herr Pick: „**Über seine Ekzemtherapie mit Demonstration an Kranken.**"

Bezüglich dieses höchst interessanten Vortrags, der von den Anwesenden mit lebhaftem Beifall und Händeklatschen aufgenommen wurde, müssen wir auf das Original verweisen, da der Raum die vollständige Wiedergabe nicht gestattet und der Inhalt seiner Natur nach nicht, in gedrängter Form zusammengefaſst, referiert werden kann.

38. Herr Caspary (Königsberg): „**Über viscerale Anfangssymptome der hereditären Syphilis.**"

Es ist zweifellos, daſs ohne jegliche Erscheinungen an der Haut die hereditäre Lues in den verschiedensten Organen auftreten kann; das lehren die gegenüber der Seltenheit angeborener Exantheme relativ häufig beobachteten Fälle syphilitischer Knochenerkrankungen in der Form der Osteochondritis. Das zeigen ferner die verschiedenen Mitteilungen über Erkrankungen anderer innerer Organe: Gehirn, Hoden, Iris, Leber, Gefäſse u. s. w., die unzweifelhaft syphilitischer Natur waren. Der Vortragende reproduziert mehrere einschlägige, von anderen Beobachtern mitgeteilte Fälle und teilt dann seine eigenen Erfahrungen mit. Dieselben erstrecken sich auf drei Fälle, von denen besonders der dritte interessant und lehrreich ist. Er betraf ein hereditär luetisches Mädchen, das, 2 Jahre alt, an Bronchitis zu Grunde ging, und während der ganzen Zeit seines Daseins fast ununterbrochen unter Beobachtung und Behandlung des Vortragenden gestanden hatte. Niemals waren irgend welche Symptome an Haut, Schleimhäuten und Knochen beobachtet worden. Die vom Kollegen Ortmann vorgenommene Sektion führte zu folgender Diagnose:

Diffuse Sklerose in Grofs- und Kleinhirn mit Erweichungsherden; leichter Grad syphilitischer Endarteriitis; Hydrocephalus externus und internus; Thrombose des sinus longitudinalis. Die syphilitische Natur der Endarteriitis wurde auch von den Herren NEUMANN und BAUMGARTEN als zweifellos angesehen.

Dem Vortrage des Herrn CASPARY ist der Sektionsbericht des Herrn ORTMANN beigefügt. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Nachdem Herr PICK die Sitzung eröffnet und Herrn LIPP das Präsidium übertragen, erhält das Wort:

39. Herr Dr. GLÜCK (Zenica in Bosnien): **„Über die landesübliche Behandlung der Syphilis in Bosnien und in der Herzegowina".** (Auszug).

Der Vortragende erzählt den Anwesenden, wie traurig es früher unter den Türken in Bosnien und Herzegowina um die ärztliche Wissenschaft, sanitäre Verhältnisse, speziell auch um die Behandlung der Syphilis bestellt gewesen sei, und dafs jetzt, nachdem die Österreicher die Zügel in die Hand genommen, alles schon viel besser geworden sei, weshalb der Vortragende die österreichische Regierung am Schlufs belobigt.

40. Herr Dr. LESSER (Leipzig): **„Über Nebenwirkungen bei Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate."**

Unter den Gefahren, welche die Behandlung der Lues mittelst Injektionen in sich birgt, spielen die lokalen Reizerscheinungen: Schmerzhaftigkeit, Abscesse, Erytheme, eine untergeordnete Rolle. Wichtiger sind die allgemeinen Intoxicationserscheinungen, sowie die weniger häufig beobachteten Embolieen in den Lungen. Die zahlreichen Beobachtungen von dysenterischen Reizerscheinungen des Darmtraktus nach solchen Injektionen, ja sogar von unzweifelhaft durch dieselben herbeigeführten Todesfälle lassen die Frage berechtigt erscheinen, ob man nicht besser thue, trotz der vielen Vorteile der Injektionsbehandlung: Bequemlichkeit, Billigkeit, Schnelligkeit und Intensität der Wirkung; wieder zu den alten weniger gefährlichen Behandlungsmethoden, speziell der Einreibungskur und Injektion mit löslichen Hg-Präparaten, zurückzukehren. Der Vortragende teilt seine eigenen Erfahrungen mit. Er hat bei 118 Patienten 472 Injektionen und zwar mit Kalomel, Hg ox. fl., Hg salic., Hg tannic., Ol. ciner. gemacht. Bei 190 Injektionen von Kalomel traten zweimal, bei 144 Injektionen von Hg ox. fl. viermal, bei 77 Injektionen von Hg salicyl viermal, bei 5 Injektionen von Hg tannic. einmal (aufserdem Lungenembolie), bei 56 Injektionen von Ol. ciner. kein einziges Mal Intoxicationserscheinungen auf.

41. Herr KAPOSI (Wien): **„Über einen Fall von akuter Quecksilbervergiftung durch subkutane Injektionen von Ol. cinereum,** mit Demonstration mikroskopischer Präparate."

Der Vortrag ist eine Arbeit des Assistenten KAPOSIS, Herrn Dr. LUKASIEWICZ. Eine 46jährige Frau wurde am 15. September 1888 in die Wiener Klinik aufgenommen und starb am 19. Dezember unter den Erscheinungen einer durch die Obduktion bestätigten Quecksilberintoxikation, nachdem ihr in einem Zeitraum von 7 Wochen, und zwar vom 20. September bis 8. November im Ganzen 2,15 Ccm Olei cinerei auf 8 Injektionen verteilt, eingespritzt worden waren.

Es entstand nun die Frage, wie viel Quecksilber resorbiert worden war und also imstande gewesen war, den lethalen Ausgang herbeizuführen. Die eingespritzten 2,15 Ccm Ol. ciner. enthielten 30 %, also 0,72 Quecksilber. Die Stelle der letzten Injektion wurde exscindiert und konstatiert durch chemische Untersuchung, dafs nur

etwa ein Drittel der injizierten Hg-Menge resorbiert worden war, auch sämtliche übrigen Injektionsstellen herausgeschnitten und dem Verbleib des Quecksilbers nachgespürt, und konnte allenthalben das Vorhandensein von mehr oder weniger zahlreichen Quecksilberkügelchen in den Interstitien der Gewebe konstatiert werden. Daraus geht hervor, daſs von der injizierten Gesamtmenge von 0,72 Hg ein beträchtlicher Teil gar nicht resorbiert war und also auch nicht hatte mitwirken können. Weiterhin folgt aus dem Gesagten, daſs es mit der Berechtigung der Behauptung von der strikten Dosierung bei der Injektionsmethode nicht weit her ist. Der Vorzug bezüglich der Intoxikationsgefährlichkeit, den die Inunktionsmethode, bei der immer nur ganz minimale Hg-Mengen vom Körper aufgenommen werden, gegenüber der Injektionsmethode hat, liegt flach auf der Hand. Da nach den bisher gemachten Erfahrungen schon eine so geringe Quantität Hg, als man durchschnittlich bei einer einmaligen Injektion dem Körper einverleibt, genügt, um die heftigsten Vergiftungserscheinungen entstehen zu lassen, so dürfte die Frage gerechtfertigt erscheinen, ob es nicht vor allem notwendig wäre, geringere Mengen, als bisher üblich, zu injizieren. Das wieviel und besonders auch das wieschnell der Resorption hat man eben bei der Injektionsmethode zu wenig in der Hand; man hat darüber keine Kontrolle und keine Herrschaft.

42. Herr Zeising (Breslau): **„Toxische Dosen verschiedener Quecksilberpräparate."**

Der Vortragende hat auf Veranlassung Neissers an der Breslauer Klinik eine Menge Versuche an Tieren gemacht, um die Schnelligkeit der Hg-Resorption der verschiedenen, gebräuchlichen Hg-Präparate zu untersuchen; er ging dabei von der Annahme aus, daſs durch Feststellung der kleinsten tödtlich wirkenden Dosen der verschiedenen Präparate ein ziemlich sicherer Schluſs auf die Schnelligkeit der Resorption gestattet sei.

Aus den zahlreichen interessanten Beobachtungen, die sich auch auf die Ergebnisse der Obduktion erstreckten, wollen wir einiges hervorheben.

Der Grad der Giftigkeit der einzelnen Präparate hängt nicht ab von ihrem Gehalt an Hg, sondern von ihrer Resorptionsfähigkeit; daſs nach Neisser und Lang in Öl suspendierte Hg wirkt erst in bedeutend gröſseren Dosen toxisch als die Hg-Salze. Der Unterschied in der Resorptionsfähigkeit kann abhängig sein von dem Grade der Löslichkeit des Präparates, von der Schnelligkeit und dem Modus der Umwandlung in $HgCl_2$, von der verschiedenen lokalen Wirkung an der Applikationsstelle und von der Beschaffenheit des angewandten Materials. Am schnellsten werden die löslichen, etwas weniger schnell die ungelösten Präparate, am langsamsten das metallische Hg resorbiert. Unter den löslichen Präparaten ist das Sublimat in wässeriger oder saurer Lösung am langsamsten resorbierbar. Unter den unlöslichen Salzen verlangt das Kalomel bei weitem die gröſste Dosis zur lethalen Wirkung, was mit der klinischen Erfahrung in Widerspruch steht; denn es steht fest, daſs gerade das Kalomel sehr bald Gingivitis und Stomatitis erzeugt. Unter den beiden Ölpräparaten hat in dieser Beziehung das Neissersche graue Öl vor dem Langschen den Vorzug.

Diskussion.

Herr Neisser meint, man dürfe aus den nach Injektionen eingetretenen, von allen Seiten mitgeteilten Fällen von Hg-Intoxikation nicht allzu viel Schlüsse ziehen; speziell sei die Behauptung, solche Fälle kämen häufiger vor, als bei der Schmierkur, unsicher gestützt, denn bei der Injektionsmethode, als einer neueren werde jeder Fall, bei der Schmierkur, als einer alten Methode, kaum jemals einer der Mitteilung

wert erachtet. Bei 800 Personen hat NEISSER die vollständige Kur mit dem Ölpräparat durchgeführt und nur ein einziges Mal Intoxikation beobachtet.

Vielleicht wäre es praktisch ratsam, statt der intramuskulären, wieder die subkutanen Injektionen zu machen; letztere liegen entschieden ungefährlicher, als die ersteren und sind um nichts schmerzhafter, im Gegenteil, die Kranken werden, wie die Erfahrung lehrt, weniger dadurch in ihren Bewegungen behindert.

Herr HERXHEIMER hat 38 Personen mit salicylsaurem Quecksilber in 230 Injektionen behandelt und niemals Intoxikationserscheinungen beobachtet.

Herr EPSTEIN hat mit Hg salicyl. in 42 Fällen Erfahrungen gemacht und kann, abgesehen von einigen unbedeutenden Nebenwirkungen, nur Gutes berichten. Es wäre zu erwägen, ob man nicht die Injektionsmethode auch mehr auf die Kinderpraxis ausdehnen solle.

Herr ROSENTHAL schliefst sich den allgemeinen Ausführungen des Herrn NEISSER an und hebt unter Bezugnahme auf den KAPOSIschen Fall hervor, dafs es möglich und vielleicht auch bei diesem Fall eingetreten sei, dafs sich die injizierten Flüssigkeitsmengen abkapseln, einheilen, bis durch ein äufseres Trauma plötzlich die Resorption veranlafst wird. Man soll deshalb stets Harnuntersuchungen vornehmen und sich davon überzeugen, dafs auch wirklich das Hg resorbiert wird.

Dem Wunsche NEISSERS nach Wiedereinführung der subkutanen Injektionen kann sich Herr ROSENTHAL nach seinen Erfahrungen nicht anschliefsen.

Die unlöslichen Salze zieht Herr ROSENTHAL den löslichen vor, eben weil sie langsamer resorbiert werden.

Herr PETERSEN traf bei Übernahme seines Hospitals vor 10—12 Jahren sämtliche Patienten und sogar das Dienstpersonal mit Stomatitis behaftet an; bis dahin war nämlich die Schmierkur gebräuchlich (Müssen die Russen aber gründlich geschmiert haben! Ref.). Bei der Injektionsmethode kann so etwas nicht mehr passieren.

Unter den verschiedenen Präparaten ist das Hg salicyl. das beste.

Herr NEISSER sieht in der subkutanen Injektion eine gröfsere Sicherheit, intravenöse Einspritzungen zu vermeiden, als bei der intramuskulären.

Herr PICK ist der Ansicht, dafs es erfahrungsgemäfs von Vorteil sei, bei solchen Prozessen, bei denen man das Quecksilber direkt applizieren könne, also speziell der Haut, die Inunktionskur anzuwenden.

43. Herr WINTERNITZ (Prag): **Über quantitative Quecksilberbestimmung und ihren Wert für die Beurteilung der Hg (Syphilis) Therapie".**

Der Vortrag ist ein Autoreferat über eine von WINRERNITZ im *Archiv für experim. Pathologie und Pharmakol.* veröffentlichte Arbeit über obigen Gegenstand.

44. Herr ARNING (Hamburg): **„Über eine zweckmäfsige Dispensationsform von Salben und weichen Pasten in Metalltuben."**

Der kleine Vortrag erscheint in extenso in der *Deutschen med. Wochenschrift.*

45. Herr RIEHL (Wien): **„Über ein eigenartiges Exanthem bei schwerer Diphtheritis".**

Auf leicht erythematöser Basis entstehen kleine Bläschen mit hellgelbem Exsudat, prall gespannt, isoliert oder in Gruppen, an den Streckseiten der Extremitäten, besonders Knie und Ellbogen, dann am Halse, im Gesicht und an den oberen Thoraxpartien. Die Bläschen vergröfsern sich schnell bis zu Erbsengröfse und konfluieren bisweilen. Im weiteren Verlaufe tritt an der Basis der Efflorescenzen Hämorrhagie

auf, so dafs man durch den gelben Bläscheninhalt den blutigen Blasengrund durchsehen kann.

Nun trocknen entweder die Blasen ein, bilden eine schwärzliche Kruste, die nach einiger Zeit von selbst abfällt, oder aber die Blasen bersten und an der Stelle derselben bildet sich ein gangränöses Geschwür, das sich peripher und in die Tiefe ausbreitet bis zu ganz bedeutender Gröfse.

Als Ursache vermutet Riehl die Aufnahme eines durch den lokalen Diphtheritisprozefs erzeugten Toxins in den Kreislauf, indem er auf die bekannte Beobachtung hinweist, welche von Roux, Versin, Paltauf und Kolisko gemacht wurde, dafs Reinkulturen des Löfflerschen Bacillus in Bouillon ein Toxin erzeugen, welches in kleineren Quantitäten unter die Haut von Kaninchen gebracht, lokale Gangrän erzeugt.

46. Herr Hermann G. Klotz (New York): **„Über prodromale lokalisierte Hautsyphilide."**

Bei einem jungen bisher gesunden Manne traten einige Tage nach einem Coitus oberflächliche Erosionen am Frenulum und im Sulc. coron. auf, die unter Jodoformbehandlung rasch heilten. Im Anschlufs daran beiderseits Bubonen, die am 23. März incidiert wurden. Vier Wochen später oberhalb des linken Ohres eine etwa pfennigstückgrofse, mit einer Kruste bedeckte Papel, die nach Entfernung der Kruste das Bild einer ulcerierten papulo-pustulösen Läsion späterer Syphilisperioden darbot. Da sich nach einigen Tagen Lymphdrüsenanschwellungen in der Nachbarschaft einstellten, wurde die antisyphilitische innere Behandlung eingeleitet. Trotzdem stellte sich Mitte Mai allgemeine Eruption eines makulo-papulösen Syphilids ein.

Der Vortragende teilt noch 4 weitere ähnliche Fälle mit, in denen allen vor Ausbruch der Roseola oder anderer Symptome konstitutioneller Syphilis lokale Erkrankungen luetischer Natur beobachtet wurden.

47. Herr O. Petersen (Petersburg): **„Über Excochleation des Ulcus molle."**

Der Vortragende hat in 162 Fällen von Ulcus molle folgendes chirurgisches Verfahren stets mit bestem Erfolg angewandt: Das Operationsgebiet wird kokainisiert und das Geschwür mit einem kleinen scharfen Löffel gründlich ausgekratzt, die Wunde mit Sublimat oder Karbol abgespült und ein Jodoform-Marly-Verband angelegt. Nach 8—9 Tagen ist die Wunde geheilt. Blutung ganz unbedeutend, selbst an der Glans. In keinem Fall traten Bubonen auf.

Schlufs des Kongresses.

Dreckmann-Recklinghausen.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie der Haut.

Neue Beobachtungen über die Epithelzellen, von Manille Ide. (*La Cellule.* T. V. 2. Fasc. 1889.) Gegenüber den früheren Anschauungen von der Natur der Stacheln, welche den Zellen des Stratum spinosum zukommen, hatte Verf. bereits in einer früheren Abhandlung (*La Cellule.* T. IV. 2. Fasc. 1888) die Ansicht vertreten, dafs die Stacheln nicht, wie Heitzmann es will, Protoplasmafortsätze sind, noch Fortsetzungen der inneren Fibrillen versehen mit einer Umhüllung von dem interfibrillären Cytoplasma, wie Ranvier glaubt, noch Fortsetzungen der inneren Fibrillen, umhüllt

mit Scheiden von der Zellmembran, wie CAJAL beschreibt — sondern dafs diese Stacheln oder Intercellularbrücken nur von der Zellmembran ausgehen und aus derselben Substanz, wie diese, bestehen. Nach Verf. sind alle Epithelien, auch die der Keimschicht, von einer Membran umgeben, welche am deutlichsten in den mittleren Schichten der Epidermis ihre Struktur zeigt: sie ist ein zartes Häutchen, welches von einem polygonale Maschen bildenden Netz homogener, glänzender Fäden durchzogen wird; aus den Knotenpunkten dieses Netzes erheben sich die mit den Fäden gleiche chemische und physikalische Eigenschaft teilenden Stacheln. Diese Befunde sind für die mit Membran versehenen Epithelien von KOELLIKER schon bestätigt worden, während derselbe die Fortsätze der membranlosen Epithelien als Anhänge des Protoplasma selbst betrachtet.

Auch in seiner letzten Publikation weifs IDE für seine Behauptung, dafs überhaupt alle Epithelien mit Membran versehen und daher alle Intercellularbrücken nur Produkte der Membran seien, keine genügenden Stützen anzuführen und erscheint auch hier seine Ansicht mehr aus theoretischen Postulaten, als aus thatsächlichen Befunden abgeleitet zu sein. Verf. sieht nämlich als Membran der Epithelien in der Keimschicht des Ektoderm und der Klauenanlage beim Kalbsembryo (die passendsten Untersuchungsobjekte für die Zellmembran und Intercellularbrücken) kleine, glänzende, an der Zellperipherie liegende Pünktchen an, welche entweder isoliert liegen oder durch feine glänzende Linien untereinander verbunden sind. Durch diese Pünktchen ziehen auch stellenweise aus dem Innern der Zelle kommende feine Fäden hindurch, deren freie Enden die späteren ausgebildeten Stacheln werden sollen. Jene Pünktchen sollen dann in weiterer Entwickelung durch glänzende Fäden mit einander in Verbindung treten und das ausgebildete Netz der Membran bilden, welch letztere zwischen den Maschen sich ausbreitet. Die Ähnlichkeit jener glänzenden Körperchen und ihrer Fäden mit den bei sich teilenden Pflanzenzellen und gewissen Tierzellen, welche nicht durch Einschnürung des Protoplasma, sondern durch Bildung einer Zell- oder Äquatorialplatte in Tochterzellen zerfallen, auftretenden Vorgängen an den Verbindungsfasern der Tochtersterne (Kernspindelfasern) ist es, welche Verf. zu der Auffassung führt, dafs in der Bildung jener Platte auch der Anfang zur Membranbildung gegeben sei und dafs bei dem Auseinanderweichen der Tochterzellen die primitive Membran sich in zwei Teile spalte, welche alsdann nur noch durch die mehr oder weniger in die Länge gezogenen Intercellularbrücken in Verbindung bleiben.

Mag diese Hypothese, wie Verf. wenigstens zum Teil selbst einräumt, auch nicht alle Erscheinungen bei der Membranbildung erklären und hat sie fürs erste doch nur für einen allzuengen Kreis von Beobachtungen Giltigkeit, so ist sie doch wenigstens imstande, für verschiedene Formen von Krebszellen der Haut eine annehmbare Deutung zu geben. Aufser den gewöhnlichen Stachelzellen des Krebses beschreibt Verf. nämlich auch seltenere Formen, wo nur gewisse Seiten der Zellen mit Stacheln versehen sind, während andere Seiten derselben Zellen von den nächstliegenden nicht durch Intercellularräume getrennt sind. Die Trennung zwischen nebeneinanderliegenden Zellen findet alsdann durch eine aus glänzenden Punkten bestehende Platte statt; durch diese Punkte ziehen stellenweise feine Fäden aus der einen Zelle in die andere. Aufserdem gibt es auch gröbere Fäden, welche aus der Filarmasse der einen Zelle durch jene Trennungsebene in die andere hinüberlaufen. Bei diesen Formen wäre also nach der Erklärung des Verf.s die Trennung der Tochterzellen von den Mutterzellen noch nicht perfekt geworden, und läge hier ein Beispiel für die primitive Membranbildung aus der Äquatorialplatte in besonders deutlicher Weise vor.

L. Philippson-Hamburg.

Demonstration zweier seltener Fälle von Hautkrankheiten, von Dr. ARNING. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 21. Im ärztlichen Verein zu Hamburg stellte A. zwei Fälle von Hautkrankheiten vor, von denen der eine einen 30jährigen Landmann betraf, der an Akne varioliformis litt, welche neben der typischen Stelle an der Stirn, die gesamte behaarte Kopfhaut und die Interskapulargegend des Rückens befallen hatte. Bei dem zweiten Falle handelte es sich um Dermatitis herpetiformis, bei dem alle Symptome, wie Chronicität, Polymorphie mit Gesellschaftung von erythematösen, papulösen, vesikulösen, bullösen und pustulösen Efflorescenzen, leichte Fieberbewegung bei akuten Schüben, und intensiver Juckreiz vorhanden waren. Der Fall ist nur dadurch charakteristisch, daſs er in einem sehr jugendlichen Alter auftrat, er betraf nämlich einen 6jährigen Knaben. Therapeutisch hat in diesem Falle noch am besten Arsenik und ein Verband mit Salicylzinkpaste gewirkt.

L. Hoffmann-Berlin.

Über das Aristol, von Prof. NEISSER. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 19.) N. hat das Aristol nicht allein zu therapeutischen Versuchen benutzt, sondern er hat auch experimentell etwaige Wirkungen desselben auf den tierischen Körper, und ferner seine antibakteriellen Eigenschaften geprüft. In wässeriger Lösung wirkt es am geringsten, und es scheint, als wenn es sich in Wasser und dünnen Alkalien kaum löst. Dagegen löst es sich in Oleum olivarum und Paraffin liquid; auch die ätherischen Lösungen, wie solche in Traumaticin, spalten sehr leicht Jod ab. Das Aristolpulver zeigte fast gar keine antibakterielle Wirkung, während einzelne Bakterienarten durch den Aristoläther getödtet wurden, doch schien in diesem Fall der Äther als solcher die Wirkung auszuüben. Aristolsalben erwiesen sich antibakteriell so gut wie ganz unwirksam, mochten dieselben mit Vaseline oder mit Oleum olivarum oder mit Paraff. liquid. und Lanolin (Aristol 1,0, Ol. oliv. 3,0 Lanol. puriss. 7,0) zubereitet sein.

Was nun die therapeutischen Versuche anbetrifft, so war der Erfolg 1. bei Ulcera mollia negativ. 2. Auf Gonokokken war auf keine Weise, weder durch Injektion einer wässerigen (gemeinhaltigen) Suspension, noch einer öligen Mischung ein Einfluſs zu gewinnen. 3. Bei einem chronischen, ziemlich infiltrierten Ekzem keine Wirkung. 4. Ulcerationen bei Lupus, die durch Auskratzen oder Ätzmittel erzeugt waren, heilten schnell und glatt. Dagegen konnte auf Lupusknötchen und Lupusflächen nicht der geringste Erfolg konstatiert werden. 5. Auch andere Ulcera, luetische Spätformen, ferner ulceröses Skrophuloderma, ausgekratzte Drüsenabscesse, Bubonenoperationswunden heilten sehr gut. 6. Bei Lichen ruber planus keine Wirkung. 7. 2 Fälle von 12 Psoriasiskranken heilten unter Aristol, die übrigen wurden dann aber unter dem Gebrauch von Chrysarobin sehr bald besser. 8. Ein Fall von Ekzema parasitaria (Ekzema seborrhoicum) reagierte auf 20 % Aristolsalbe gar nicht.

L. Hoffmann-Berlin.

Aufgabe und Ziel der modernen Therapie, von Prof. HUGO SCHULZ. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1890. No. 1—4.) Die therapeutischen Erfolge der inneren Medizin haben in den letzten Jahrzehnten bei weitem keinen Schritt mehr mit dem der Chirurgie gehalten. Die Frage nach den Ursachen dieser Erscheinung bildet den Ausgangspunkt der vorliegenden Abhandlung.

Nach einer kurzen Besprechung der jetzigen Heilmittel, die Verf. in mechanische (Gymnastik, Bäder, Elektrotherapie und Hypnotismus) und Arzneikörper unterscheidet,

geifselt Verf. in scharfen, aber nicht zu scharfen Worten, das Streben der heutigen Pharmakologie, immer neue, nur oberflächlich geprüfte Mittel auf den medizinischen Markt zu werfen, und erörtert alsdann die Theorie der Arzneimittelwirkung. Schulz ist mit einer rein symptomatischen Behandlung, die sich vielfach freilich nicht vermeiden läfst, als Regel durchaus nicht zufrieden; er fordert eine derartige Anwendung des jeweiligen Arzneimittels, dafs das erkrankte Organ unmittelbar von demselben beeinflufst wird, mit andern Worten eine Organtherapie. Ist diese erreichbar? Schulz bejaht die Frage und erläutert seine Behauptung in geistreicher Weise unter Zugrundelegung des bekannten Pflügerschen Zuckungsgesetzes, wonach z. B. für den absterbenden Nerven schwächere Reize zur Auslösung einer Zuckung genügen, als für den gesunden. Dieselbe Beobachtung, dafs nämlich kranke Organe auf schwächere Reize reagieren als gesunde, machen wir vielfach am Krankenbett mit unsern Arzneimitteln. Schulz führt dafür viele Belege an. Diese Thatsache ermöglicht es aber, durch geeignete geringe Gaben eines Mittels nur den erkrankten Teil zu treffen, den übrigen Organismus aber zu schonen. „Die Möglichkeit, die Arzneimittel in feinster Verteilung mit dem Säftestrom überall hinsenden zu können .... geben uns die Fähigkeit, ihre Einwirkung auf die pathologisch arbeitenden Zellen in so verschiedener Weise ausnutzen zu können, wie kein anderes therapeutisches Agens ... Der Beweis läfst sich erbringen dafür, dafs der Cellularpathologie eine Cellulartherapie entspricht".... Um aber dieses ideale Ziel zu erreichen, dazu fehlt uns noch eine genauere Kenntnis der physiologischen Wirkungen der Arzneimittel, zu denen wir bislang fast nur durch den Tierversuch gelangt sind. „Es fehlt eben zumeist der Schlufsstein, die letzte Bohle an der Brücke, die vom pharmakologischen Laboratorium zur Klinik hinüberführt, der Versuch am gesunden Menschen." Seit 5 Jahren hat S. derartige Versuche mit dem gröfsten Erfolg angestellt.

Türkheim-Hamburg.

Socins Zinkpastenverband nach der Hasenschartenoperation, von Dr. W. v. Noorden. (*Beiträge zur klin. Chirurgie.* Bd. IV., redigiert von Prof. Dr. Bruns.) Die Socinsche Zinkpaste besteht aus 50 Tln. Zinkoxyd, 50 Tln. Wasser und 5—6 Tln. Zinkchlorid und mufs frisch bereitet werden. Dieselbe wird nach der Operation mit einem Spatel aufgestrichen und trocknet schnell zu einem harten Schorf aus. Diesen löst man nach 4—6 Tagen vorsichtig ab, um die Nähte entfernen zu können.

Dann streicht man die Paste von neuem auf und läfst sie liegen, bis sie von selbst abbröckelt. Es wurde unter dieser Behandlung nach Hasenschartenoperationen in allen Fällen Heilung per primam erzielt. Auch nach anderen Operationen leistete die Paste dieselben vorzüglichen Dienste. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Pharmakologisches.

Zur Verordnung des Aristols, von Dr. Langgaard. (*Therapeut. Monatshefte.* 1890. No. 5.) Als allgemeine Regel für die Verordnung des Aristols kann gelten, alle Substanzen zu vermeiden, zu denen Jod chemische Affinität besitzt. Hierher gehören kaustische und kohlensaure Alkalien, Ammoniak, Metalloxyde, Sublimat etc. Man wird sich also auf die Anwendung des Aristols in Substanz, in ätherischer oder öliger Lösung, in Kollodium, mit Lanolin oder Vaselin zu beschränken haben.

L. Hoffmann-Berlin.

Therapeutische Versuche mit Thiol, von Dr. A. BIDDER. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1890. No. 20 u. 21.) Das Thiol stellt, ebenso wie das Ichthyol, ein Gemisch von sulfonierten, geschwefelten, ungesättigten Kohlenwasserstoffen dar; beide haben eine im wesentlichen gleiche chemische Konstitution. Das Thiol ist als das reinere Präparat anzusehen, es riecht sehr wenig und kann in flüssiger und trockener Form hergestellt werden. Das letztere, Thiolum siccum genannt, ist ein feines braunes Pulver, das erstere, Thiolum liquidum, stellt eine syrupartige dunkelbraune Flüssigkeit dar. Beide lösen sich leicht in Wasser. Was die Wirkung des Thiols anbetrifft, so empfiehlt es Verf. bei akuten und subakuten Affektionen der Haut, seien sie nun nervöser, infektiöser oder traumatischer Natur, seien sie durch chemische oder physikalische Einflüsse entstanden. Wirkungslos scheint das Mittel zu sein bei chronischen Affektionen der Haut und der darunter liegenden Gewebe und bei den Dermatomykosen. Auch bei tuberkulösen Affektionen der Haut und Lymphdrüsen ist ein Nutzen des Thiols nicht zu erwarten. Das Thiolum siccum eignet sich vortrefflich zum Bepudern intertriginöser Hautstellen, nässender Ekzeme — nachdem man vorher mit antiseptischer Flüssigkeit abgewaschen hat — und auch zum Bestreuen von Exkoriationen und kleinen, oberflächlichen oder tieferen Wunden.

L. Hoffmann-Berlin.

Physiologisches.

Über das elektrische Sublimatbad, von GAERTNER und EHRMANN. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1890.) Der elektrische Strom besitzt bekanntlich die Eigenschaft, Flüssigkeit in einer bestimmten Richtung fortzuführen (elektrische Diffusion). Diese Eigenschaft auch für die menschliche Haut auszunutzen ist den beiden Autoren zum erstenmal beim elektrischen Sublimatbad (4,0 Sublimat, Stromstärke 100 M. A., Dauer 15 Minuten) gelungen. Der in den nächsten Tagen ausgeschiedene Harn enthielt hohe Mengen Quecksilber. *Türkheim-Hamburg.*

Versuch, um zu demonstrieren, welchen Weg gelöste Stoffe beim Eindringen in die Haut durch Kataphorese nehmen, von S. EHRMANN. E. fand, dafs, wenn man beide Hände je in ein mit Methylenblau gefülltes Gefäfs brachte, deren Boden Zinkplatten als Elektroden besafsen, und dann einen 10—20 Milliampère starken Strom durchgehen liefs, der Rücken der im Anodengefäfse befindlichen Hand mit blauen Punkten übersät war. Die Punkte entsprachen den Follikelmündungen der Lanugohaare, während diejenigen der stärkeren Haare eine blaue Färbung nicht angenommen hatten. EHRMANN schliefst daraus, dafs die Aufnahme gelöster Stoffe durch die Haut durch die Follikel- resp. Talgdrüsenmündungen erfolge und zwar nur durch solche, welche noch nicht auf gröfsere Tiefe von verhornten Zellen umgeben sind. (*Wiener med. Wochenschr.* 1890. No. 5.) *P. Taenzer-Leipzig.*

Cirkulationsstörungen.

Vorstellung eines Falles von Dermatitis durch Anilin bedingt, von Dr. A. BLASCHKO. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 18.) Patient, welcher seit 14 Tagen in der Aktiengesellschaft für Anilinfabrikation beschäftigt ist, erkrankte,

nachdem er schon in den ersten Tagen einige kleine unbedeutende ekzematöse Partieen an den Händen acquiriert hatte, vor etwa 8 Tagen plötzlich ganz heftig unter Jucken und Brennen an den Händen. Binnen zweimal 24 Stunden entwickelte sich nunmehr ein hochgradiger entzündlicher Zustand mit kolossaler Anschwellung der Hände, der Arme und der Fufssohlen. Mehrtägige Bettruhe und eine ganz milde Behandlung mit Amylum bewirkte eine Rückbildung des Prozesses an den Händen und Füfsen, dagegen breitete sich die Krankheit auf den übrigen Körper aus. Der ganze Körper des Patienten ist von einem papulösen, an einigen Stellen konfluierten Erythem übergossen. Die Ursache des Leidens ist diesmal ein Farbstoff und zwar das Krystallgrün. Diese Hyperhidrosis, die sich an den Händen gezeigt hat, hat Verf. nur noch bei Arbeitern in Sodafabriken, welche sehr viel mit Chlorkalk zu manipulieren haben, beobachtet. *H. Hoffmann-Berlin.*

Behandlung von Varicen mittelst multipler Ligaturen, von Dr. Phelps. (*New York Med. Journ.* 1890. April 19.) Vor der Society of the Alumni of the Bellevue Hospital wurden zwei Patienten vorgestellt, an denen vom Verf. je 70 und 40 Ligaturen wegen Varicen mit Erfolg angelegt worden waren.

S. Referat *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. X. pag. 422.

Philippi-Nieheim.

Traumatische Entzündungen.

Über Behandlung von Verbrennungen, von Dr. Bardeleben jun. (*Berliner klin. Wochenschr.* No. 14.) Im Krankenhause Friedrichshain wurden Verbrennungen in letzter Zeit nach folgendem Schema geleitet: Nach gründlicher Säuberung der verbrannten Stellen wurden dieselben mit Karbol- ($2^1/_2$—3 %) oder Salicylsäure- (3‰) Lösungen abgespült. Sodann folgte nach vollständiger Entfernung etwa vorhandener Blasen und ihres Inhaltes unter antiseptischen Kautelen eine ausgedehnte Einpuderung der gesamten verbrannten Fläche mit Magisterium Bismuthi subtilissime pulveratum. Darüber Verband mit Brunsscher Watte, welche eventuell bei späterer Durchtränkung bis auf die unterste Lage zu erneuern ist. Die Erfolge waren überraschend. Die Patienten hatten weitaus weniger Schmerzen, als bei jeder andern Behandlung, die Heilung selbst erfolgte schneller, gewissermafsen unter trockenem Schorf. Bei sehr grofsen Brandflächen lösten Salbenverbände den Bismuthtrockenverband ab. Selbst bei den ausgedehntesten Verbrennungen wurden Intoxikationserscheinungen nicht wahrgenommen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Eigentümlicher Fall von Lichen circinatus, von Dr. Mackey. (*Brit. med. Journal.* 1890. Mai 17.) Vor der B. und S. Med. Chirurg. Society stellte Herr Mackey einen Fall von eigentümlichem Hautausschlag an einem 53jährigen Manne vor. Das Leiden hatte seit drei Jahren bestanden, verschlimmerte sich aber erheblich mit jedem Frühling; der Ausschlag zeigte grofse Ähnlichkeit mit Herpes tonsurans, doch war kein Pilz zu entdecken gewesen; auch hatte sich die Affektion weder auf die Ehefrau

noch auf irgend ein anderes Mitglied der grofsen Familie des Patienten übertragen. Die Extremitäten waren am stärksten befallen. Dr. MACKEY hält die Diagnose Lichen circinatus für die wahrscheinlichste. *Philippi-Nieheim.*

Psoriasis. Klinischer Vortrag von H. J. REYNOLDS. (*Medical News.* 1890. April 19.) Bei der Vorstellung und Besprechung eines Falles von Psoriasis erwähnte Verf. noch besonders eine unmittelbar unter den Schuppen gelegene, die einzelnen Flecke in ihrer Totalität überziehende, feine, durchsichtige Haut, welche gewöhnlich bei der Entfernung der Schuppen einreifst und das punktförmige Durchsickern von Blut zuläfst. Bei syphilitischer Psoriasis und ähnlichen mit Schuppenbildung einhergehenden Affektionen fehlt diese feine, dünne Schicht. Verf. gab des weiteren eine Übersicht der differentialdiagnostischen Merkmale der Psoriasis gegenüber Ekzema, Syphilis, Favus, Tinea tonsurans und Seborrhoea sicca. *Philippi-Nieheim.*

Über Trichomycosis nodosa (Juhel-Rénoy): Piedra (Osorio), von Dr. G. BEHREND. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 21.) Dem Verf. ist es gelungen, sich in den Besitz von Haaren dieser Affektion zu setzen und hat nun Gelegenheit gehabt, dieselben genauer zu untersuchen. Nachdem die Knoten an den Haaren durch Zusatz von Kalilauge ein wenig aufgehellt und gleichwie das Haar erweicht waren, liefsen sie sich auf dem Objektträger unter dem Deckglase ziemlich leicht zerdrücken, und es ergab sich, dafs sie, abgesehen von einzelnen Schmutzpartikelchen, ausschliefslich aus Elementen eines Fadenpilzes bestanden, zumeist aus ovalen, zum Teil auch unregelmäfsig gestalteten Sporen, welchen kurze dicke Stäbchen in sehr geringer Menge beigefügt waren. Aus ganz gleichen Elementen bestanden auch die Knoten an den Haaren, welche JUHEL-RÉNOY dem Verf. übersandt hatte, so dafs die von OSORIO als „Piedra" bezeichnete Veränderung mit der Trichomycosis nodosa JUHEL-RÉNOYS identisch ist. Diese Veränderung ist aber auch in Europa bekannt, denn sie stimmt vollkommen mit den von Chignonhaaren von LINDEMANN, KOCH und BEIGEL vorkommenden Knoten (Chignonpilz) überein. Nach den morphologischen und vegetativen Verhältnissen möchte B. den Pilz Trichosporon ovoides nennen.

L. Hoffmann-Berlin.

Ein Fall von Ichthyosis, von Dr. MANASSE. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 18.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 26. März stellte M. einen 7jährigen Knaben vor, bei dem die Mutter desselben sofort bei der Geburt einen dunkel pigmentierten Ausschlag an ganz bestimmten Teilen des Körpers rechterseits bemerkt hatte. Man sieht jetzt an der Hinterseite 4 Streifen, eine dreifache Streifung findet sich an der rechten Vorderseite des Thorax. Der Ausschlag fühlt sich rauh an, reibeisenförmig, er besteht aus kleinen Schüppchen und ist verschieden pigmentiert. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Ekzema seborrhoicum UNNA, von GAMBERINI. (*Giorn. ital. del. mal. ven. e delle pelle.* 1889. XXIV.) Verf. wendet sich gegen die Aufstellung dieser besonderen Form des Ekzems und beruft sich dabei teils auf seine eigenen Untersuchungen, teils auf die Autorität der vielen namhaften Beobachter, welche eine Beteiligung der Schweifs- und Talgdrüsen beim Ekzem niemals wahrgenommen haben. *New-York med. Journ.* März 8. *Philippi-Nieheim.*

b. *Cutiserkrankungen.*

Elephantiasis des Skrotums, von Dr. ABNER C. JONES. (*New York Med. Journ.* March 8. 1890.) Kurzer Bericht über einen Fall, bei dem das Skrotum infolge

elephantiastischer Hypertrophie zu einem 76¾ Pfund schweren Tumor anschwoll. Der Umfang desselben in horizontaler Richtung betrug 69 Zoll, in sagitaler 62½ Zoll. Patient entleert den Urin, indem er sich mit einem 21 Zoll langen, völlig geraden Schilfrohr katheterisiert. Während des Sitzens stellt Patient den Tumor auf einen vor ihm stehenden Stuhl, beim Gehen wird das Skrotum mit einem starken Sack unterstützt. Die Affektion hat sich im Laufe von 9 bis 10 Jahren entwickelt.

Philippi-Nieheim.

Vorstellung eines Falles von Akne frontalis s. necrotica, von Dr. G. Behrend. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 18.) Herr B. stellte in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 26. März einen Fall von Akne frontalis vor, von dem er behauptet, daſs diese Erkrankung in Berlin nicht so selten sei, und welche er lieber nach Caesar Boeck mit Akne necrotica bezeichnen möchte.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Mycetoma oder das Mandurafuſsgeschwür im Anfangsstadium, von Wm. Huntley (Rajpootana, Indien). (*Glasg. Med. Journ.* Mai 1890.) Bericht über einen zweiten vom Verf. beobachteten Fall dieser offenbar sehr seltenen Affektion Dieselbe besteht in der Entwickelung eines in der Haut und den subkutanen Geweben gelegenen, dem Ansehen nach bösartigen, in Wirklichkeit benignen Tumors, der aus einer Anzahl von zu einem Hauptstamm vereinigten knorpeligen, am distalen End blind endigenden Röhrchen besteht. Letztere sind mit eigentümlichen schwarzen Körperchen angefüllt, über deren eigentliches Wesen nichts Endgültiges festgestellt zu sein scheint, doch glaubt Verf. mit Bestimmtheit, daſs dieselben die Träger der Krank heitskeime seien. Die ersten Symptome des Leidens, das in diesem Falle einen Hindu-Tagelöhner betraf, äuſserten sich in der Bildung einer Blase oder eines Furunkels auf dem Fuſse vor etwa zwei oder drei Jahren; die Blase ging auf und es entleerten sich Blut, Eiter und auch eine Menge der erwähnten schwarzen Körperchen. Die Geschwulst war hierbei nicht bis auf den Knochen vorgedrungen, sondern hatte sich auf die Haut und die Weichteile beschränkt. Über ihr Verhalten denselben gegenüber sagt Verf., sie arbeitet sich in die Gewebe hinein und schiebt sie bei Seite, ohne jedoch eine Metamorphose der Weichteile herbeizuführen, und nimmt somit eine Mittelstellung ein zwischen gutartigen und bösartigen Geschwülsten. Nach ihrer vollständigen Entfernung (mittelst Excision) kehrt sie nicht wieder. Durch ihre Fähigkeit, die umgebenden Gewebe zu erdrücken, sogar (im sogenannten dritten Stadium) in die Knochen einzudringen und dieselben zu zerstören, sowie durch das vollständige Fehlen irgend einer Kapsel schlieſst sich diese Neubildung den malignen Tumoren an. In bezug auf Therapie verwirft Verf. die von Prof. Anderson („Hautkrankheiten") empfohlene Auskratzung als unzuverlässig, die genaue Excision ist allein zu empfehlen.

Philippi-Nieheim.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Anatomisches über die Lepra, von Prof. Thoma. (*Sitzungsbericht d. Dorpater Naturforscher-Gesellschaft.* 1889. Letztes Vierteljahr.) Die Thatsache, daſs die leprösen Veränderungen der Haut die unbedeckten Körperteile besonders häufig befallen, wird von verschiedenen Klinikern im Sinne der Kontagiosität der Lepra gedeutet. Dieser Deutung sucht Thoma in seiner kleinen Schrift auf Grund pathologisch anatomischer

Untersuchungen entgegenzutreten. Denn jenes häufigere Befallensein der unbedeckten Teile, Gesicht und Extremitäten, läfst sich, wie er ausführt, auch anderweitig erklären. Mafsgebend dafür scheint nämlich einmal der gröfsere Gefäfsreichtum der betreffenden Hautbedeckungen, zum zweiten der häufige Wechsel zwischen örtlicher Blutfülle und Blutleere zu sein, wodurch eine Ablagerung frei im Blut kreisender Spaltpilze sehr begünstigt wird. Beide Bedingungen treffen nun aber für die Haut des Gesichts und der Extremitäten zu. Der gröfsere Teil der Hauterkrankung erfolgt demnach nach Thoma durch Verschleppung des Infektionsstoffes auf dem Wege der Blutbahn; für einzelne Fälle läfst er aber die Möglichkeit der Übertragung von Haut auf Haut zu. *Türkheim-Hamburg.*

Zum Falle Keanu, dem von Arning mit Lepra inokulierten Kanaka, von Dr. S. B. Swift (Molokai). (*Occid. med. Times.* April 1890.) Verf. bemängelt die Beweiskraft von dem bekannten von Arning an einem zum Tode verurteilten Verbrecher, Keanu, in Honolulu ausgeführten Impfversuche mit Lepravirus. Entgegen A.s Ermittelungen teilt S. mit, dafs thatsächlich in Keanus Familie Lepra stark vertreten sei, indem nicht nur der jetzt 23jährige Sohn Keanus (Eokepa) mit 6 Jahren wegen Lepra aus der Schule entfernt werden mufste, sondern auch eine Cousine (Mileka) und ein Neffe (David) ebenfalls wegen Aussatzes sich in Molokai befinden. Ferner ist der Schwager Kaainapau im Jahre 1885 an derselben Krankheit gestorben, und schliefslich ist eine weitere Möglichkeit der Infektion dadurch gegeben, dafs der Gefängniswärter Malaihi, unter dessen Obhut sich Keanu während drei Monate im Gefängnis in Honolulu befand, seit 20 Jahren Symptome von Lepra aufgewiesen hat und infolge dessen jetzt ebenfalls nach Molokai übergeführt worden ist. Es sei auch höchst ungewöhnlich, dafs die Krankheit im Laufe von 5 Jahren schon solche Verwüstungen anrichte, wie sie jetzt an diesem Patienten hervorgetreten sind.

Philippi-Nieheim.

c. *Syphilis.*

Über einige mit Jodol behandelte Fälle, von Dr. David Cerna. (*Medical News.* März 8. 1890.) Bericht über sechs mit Jodol erfolgreich behandelte Fälle und warme Empfehlung des Mittels. Dasselbe wird sowohl innerlich bei Diabetes mellitus und Syphilis in Dosen von 1,2 g pro die (nach Pick sogar 1,8 bis 2,7 g) gegeben als auch in Salbenform (1 : 4—5 Vaselin) und Lösung mit Weingeist (1 : 3) oder Äther (1 : 4) angewandt. Ferner als Streupulver. In letzterer Form hat es dem Verf. bei Ulcus cruris chronicum, Ulcus phagedenicum und gewöhnlichen syphilitischen Geschwüren sehr gute Dienste geleistet. Bei Fällen von sekundärer und tertiärer Syphilis ist nach Verf.s Erfahrungen das Mittel imstande, alle andere Medikation zu ersetzen. *Philippi-Nieheim.*

Die Behandlung der Syphilis vom bakteriologischen Standpunkt, von P. Diday. (Paris 1890. Asselin et Houzeau.) Wenn auch der pathogene Mikrobe der Syphilis noch nicht gefunden sei, so zweifle doch Niemand mehr an der bacillösen Natur dieser heimtückischen Krankheit. Wer also die Krankheit bekämpfen wolle, müsse möglichst die Ursache, in diesem Falle also die Bacillen zu treffen suchen. Es gibt aber für die letzteren, wie für alle Pilze, bestimmte biologische Gesetze; ein solches Gesetz ist auch, dafs sich zwei Zustände gegenseitig und fortwährend bei ihnen ablösen: auf den latenten folgt allemal der wirksame, thätige Zustand. Dementsprechend gestaltet sich auch der Verlauf der Syphilis, die zeitweilig aus dem latenten in den manifesten Zustand übergeht, und uns somit anzeigt, dafs die Syphilispilze in das thätige Stadium übergetreten sind und nunmehr für unsere Therapie

erreichbar werden, indem wir dasjenige Gebiet, auf dem sie ihre Nahrung suchen, den menschlichen Körper, mit ihrem schlimmsten Feind, dem Hg überfluten. „Ist es nicht, fragt Diday, wie eine Wohlthat der Natur, dafs der Mikrobe im selben Augenblick, wo er anfängt, gefährlich zu werden, auch für unser Mittel erreichbar wird?“ Aus diesen Vordersätzen folgert nun aber Diday, dafs man die Syphilis behandeln soll nur so oft und so lange sie Symptome macht (traiter lors des symptômes) nur so lange der Syphilispilz verwundbar ist.

Das Folgende bildet nun eine ziemlich scharfe Polemik gegen die Fourniersche Behandlungsweise der Syphilis, eine Polemik, die sich weniger auf Krankengeschichten und Statistik als auf ein der heutigen Medizin ziemlich fremdes Kampfmittel, nämlich auf Argumente, stützt. Bei der knappen Schreibweise Didays würde sich ein Referat fast zu einer Übersetzung dieser geistvollen Abhandlung gestalten; es sei daher auf das sehr lesenswerte Original verwiesen. *Türkheim-Hamburg.*

Über die Gefahr einer syphilitischen Infektion bei der Ausübung der Zahnheilkunde, von Dr. L. D. Bulkley. (*Medical News.* April 26. 1890.) Dieser Vortrag, speziell für Zahnärzte gehalten, bringt eigentlich nichts wesentlich Neues in dermatologischer Hinsicht. Verf. schildert einige Fälle, in denen bald die behandelten, bald die ausübenden Individuen infolge von zahnärztlichen Operationen Syphilis acquirierten. Die Hauptquelle der Infektion bilden dabei die Plaques muqueuses, deren klebriges Sekret bekanntlich hochgradig kontagiös ist. Die am Ende des vorigen Jahrhunderts geübte Zahntransplantation hat auch zu nicht ganz wenigen Infektionen Anlafs gegeben. Neben der direkten Übertragung des Giftes von einer Person zur andern wird dasselbe gelegentlich auch indirekt, durch Instrumente etc. übermittelt, und scheint diese Ansteckungsfähigkeit auch ziemlich lange Zeit beizubehalten. Es empfiehlt sich daher, alle zahnärztlichen Instrumente nach jedesmaligem Gebrauche durch Kochen oder durch Eintauchen in (95 %) Karbollösung zu sterilisieren.
Philippi-Nieheim.

Bemerkungen zur frühzeitigen Erkennung von Gehirnsyphilis, von Dr. Leonard Corning. (*New York Med. Journal.* März 22. 1890.) Ein bei der Jahresversammlung der Med. Soc. New York gehaltener Vortrag. Derselbe bringt nichts wesentlich Neues. Verf. betont die grofse Wichtigkeit einer frühzeitigen Diagnose dieses Leidens und beschreibt die Symptome, von denen in diagnostischer Beziehung folgende die wichtigsten sind: Heftige Kopfschmerzen besonders Nachts oder bei Einnahme der horizontalen Lage; Schmerzstellen auf der Kopfschwarte; Schwindel; vorübergehende Gedächtnisstörung und Verlust des Denkvermögens leichte Krämpfe und Lähmungen, die sich oft gerade durch ihren unregelmäfsigen Verlauf kennzeichnen; sodann Hemiplegium von allmählichem Entwickelungsmodus; Ergriffensein der Gehirnnerven (namentlich Oculomotorius, Abducens, Facialis). Letzteres Symptom ist besonders wichtig, wenn es abwechselnd auf verschiedenen Gebieten sich äufsert. Die Therapie besteht in der Anwendung von Jodkali und grauer Salbe. Von ersterem Mittel scheinen in Amerika sehr grofse Dosen gegeben zu werden, da Verf. es besonders hervorhebt, dafs er nie mehr als 12.0 g pro dosi gegeben habe, gewöhnlich habe er 6,0—9,0 genügend befunden. *Philippi-Nieheim.*

Über die sogenannte Lymphangitis im Anschlufs an ein primäres Ulcus syphiliticum, von S. Koulneff. (Dissertation. Paris 1889.) Bei bestehendem Schanker fühlt man auf dem Rücken des Gliedes bisweilen einen harten, schmerzlosen Strang, der von den meisten Autoren als entzündetes Lymphgefäfs angesprochen wird. Indessen konnte die Frage keineswegs als entschieden gelten. K. hat nun bei 5 Pat.

kleine Ausschnitte aus diesem Strang vorgenommen und dieselben einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Er kommt dabei zu einem abweichenden Ergebnis, denn nach ihm handelt es sich bei jener Entzündung nicht um eine Lymphangitis, sondern um eine Phlebitis[1], richtiger um eine Endo- und Periphlebitis syphilitica; sie bildet das erste Symptom der beginnenden Gefäſssyphilis. Diese Entdeckung hat nach K. auch ihre praktische Bedeutung. Denn wenn das luetische Gift so schnell in die Blutbahn gelangt, so ist die Annahme viel wahrscheinlicher, daſs der harte Schanker das erste Symptom der Allgemeininfektion darstellt; in diesem Falle wäre aber die Exstirpation desselben völlig zwecklos. *Türkheim-Hamburg.*

Einige praktische Bemerkungen zur Behandlung der Syphilis, von R. W. Taylor. (*Medical News.* 7. Dezbr. 1889.) Das älteste Spezifikum, das die Medizin besitzt, ist unstreitig das Quecksilber in seiner Bekämpfung der Syphilis. Aber trotzdem wir mit diesem Mittel schon über 3 Jahrhunderte vertraut sind, herrscht über die beste Art seiner Verwendung noch die gröſste Unsicherheit. Sollen wir es sofort nach erkannter Syphilis oder erst beim Beginn des sekundären Stadiums, sollen wir es nur bis zum Nachlaſs der Symptome, oder längere Zeit darüber hinaus, ununterbrochen oder in Zwischenpausen, sollen wir es innerlich, oder als graue Salbe, oder hypodermatisch verabreichen? Quot capita, tot sententiae! Taylor beantwortet alle diese Fragen in der vorliegenden, übersichtlichen Schrift nach einer mehr als 20jährigen Erfahrung. Von der Abortivbehandlung der Syphilis mit Quecksilber hat er ebensowenig Erfolge gesehen wie von der Exstirpation des primären Geschwüres; weder das eine noch das andere Verfahren ist imstande, den Ausbruch sekundärer Symptome hintanzuhalten oder den Verlauf der Syphilis zu mildern; die Abortivbehandlung vermag sogar, indem sie den Verlauf unregelmäſsig gestaltet und zu frühzeitiger Kachexie führt, schädlich zu wirken. Man thut daher am richtigsten, mit der Hg-Behandlung bis zum Auftreten der Sekundärerscheinungen zu warten. Dann aber begnüge man sich nicht, diese zum Schwinden zu bringen und auf den Ausbruch neuer Symptome zu warten. — Taylor nennt das eine unwissenschaftliche und gefährliche Behandlungsweise, die zum Segen der Menschheit in Miſskredit (?) gerate". — Vielmehr verabfolge man nun das Hg lange Zeit, mit geeigneten Unterbrechungen, weiter und füge dieser Behandlung später auch noch Jodkali bei — „und wir können einem sonst gesunden Patienten, der sich willig diesem Verfahren unterwirft, Heilung in fast sichere Aussicht stellen (almost positively promise a cure)." — Am meisten eingenommen scheint T. für die innerliche Darreichung des Hg zu sein, und zwar empfiehlt er Hg-jodat.-flav. (0,015—0,03; 3—5 mal täglich je nach der Beschaffenheit des Individuums und nach dem Erfolg Hg. oxydul. tann. 0,03—0,06 tägl. Diese Medikamente lasse man natürlich mit den nötigen Vorsichtsmaſsregeln mindestens drei Monate lang nehmen, darf aber die Behandlung bei ausbleibendem Erfolg auf ein halbes Jahr ausdehnen. Nach einer Pause von 2—3 Wochen wird dieselbe Kur dann wieder durch 2—2½ Monate fortgesetzt, um nach einer nunmehr vierwöchentlichen Pause nochmals wieder aufgenommen zu werden. Im zweiten Jahr tritt dann die kombinierte Behandlung mit Jodkali ein; wenn sonst alles gut steht, dürfen nun die Pausen verlängert werden. Kommt T. aber mit dieser Behandlung nicht recht aus der Stelle, so greift er zur Schmierkur, die aber nach stattgehabtem Erfolg wieder durch die Pillen ersetzt wird. Auch bei syphilitischen Kopfschmerzen

---

[1] Anmerkung der Redaktion. Daſs es sich hier nicht um eine Lymphangitis, sondern Phlebitis handelt, ist bereits vor nun mehr als 10 Jahren von Unna bewiesen worden in dem Artikel: Die Anatomie der syphilitischen Initialsklerose (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1877).

und Neuralgien hält TAYLOR die Schmierkur für sehr wirksam. — Wo innere Darreichung des Hg. und Schmierkur nicht angängig sind, oder wo ein schnellster Heilerfolg erzielt werden soll, verschmäht auch T. die subkutane Einspritzung von Sublimat nicht. Eine ausgedehntere Anwendung dieses Verfahrens werde, abgesehen von anderen Mifsständen, durch eine weitverbreitete Abneigung der Patienten erschwert. — (Dem Referenten stehen gegenteilige Erfahrungen zu Gebote.)

Türkheim-Hamburg.

Über Aristol, von Dr. HUGHES in Loden-Würzburg. (*Deutsche med. Wochenschrift.* 1890. No. 18, 19.) Verf. hat das Aristol in 2 Fällen von spezifischer Ozaena mit Perforation des Sept. cartilagineum und eines Teiles des Septum osseum mit sehr günstigem Erfolge angewandt. In 4 Fällen von Larynxaffektionen wurde das Aristol gut vertragen und schwanden dieselben, während natürlich eine Allgemeinbehandlung eingeleitet war. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Kenntnis der Quecksilberwirkung, von Prof. QUINCKE in Kiel. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 18.) Seit etwa 2 Jahren werden die Syphiliskranken auf der medizinischen Klinik in Kiel mit subkutanen Kalomelinjektionen behandelt, wobei gefahrdrohende Symptome, obwohl die übliche Dosis von 0,1 Kalomel in schweren Fällen selbst in 5tägigen Pausen injiciert wurden, nicht beobachtet sind. Einigemale traten Dickdarmentzündungen mit Tenesmen und Diarrhöen auf. Quecksilberexantheme sind nie beobachtet. Besonders bemerkenswert war aber das Auftreten entzündlicher Erscheinungen im Respirationsapparat in 7 Fällen, welche, zum Teil unter Frost, fieberhaft und mit Brustschmerzen erkrankten und auch objektiv die Zeichen wie bei einer beginnenden Pneumonie darboten. Zur vollen Entwickelung einer solchen kam es indessen in keinem Falle, vielmehr gingen alle Erscheinungen nach einem oder wenigen Tagen vollkommen zurück. Zu bemerken ist noch, dafs sämtliche Fälle vom Beginn der Quecksilberkur an das Bett hüteten und dafs bei keinem derselben die Injektionsstellen entzündet waren. *L. Hoffmann-Berlin.*

Akute Exantheme.

Über Rubeola, von ED. JUHEL-RENOY. (*Gazette des hôpitaux.* 1890. No. 42, 45.) In Frankreich glaubt man im allgemeinen nicht an die Autonomie der Röteln. Indes hat seit 1880 JOHANN STEINER die Röteln unter die akuten Exantheme gerechnet, da sie mit Masern und Scharlach nichts gemein haben, und das scheint auch dem Verf. ganz der Wahrheit konform zu sein.

Vier von den beobachteten Kranken hatten die Röteln und das Scharlach gehabt. Bei keinem von ihnen bot die Hauteruption sonst die Charaktere eines Masern- oder undeutlichen Scharlachexanthems. Die Röteln treten häufiger in Deutschland, Amerika und England auf als in Frankreich; sie sind sehr kontagiös und verbreiten sich rapid weiter, wenn ein Fall in einer Schule einmal vorgekommen ist. Die Inkubationsdauer beträgt 15 Tage, bisweilen sogar 20. Die Prodrome sind kurz, halten 1—2 Tage an und bestehen in gelindem Fieber, heftigem Kopfschmerz, Erbrechen; indes hat man auch beträchtliche Temperatursteigerungen beobachtet. Das Einsetzen der Symptome erfolgt immer plötzlich, so dafs der Übergang vom Wohlbefinden zur Krankheit unvermittelt geschieht.

Das Exanthem erfolgt in 1—2 Tagen, verschwindet aber wieder nach 3—5 Tagen; sein Hauptsymptom ist der Polymorphismus mit Vorherrschen des morbillo-

scarlatiniformen Typus. Die Schleimhäute werden nur ausnahmsweise befallen und dieser Mangel an Übereinstimmung ist wichtig für die Differentialdiagnose zwischen Röteln und anderen akuten Exanthemen. Das Jucken ist oft sehr stark, die Abschuppung aber schwach.

Endlich ist eine Anschwellung der subaurikulären und cervikalen Lymphdrüsen stets vorhanden, doch findet sich öfters auch generalisierte Drüsenschwellung, welche dem Exanthem 8 Tage und länger vorausgehen kann.

Dies die Reihenfolge der leichten, der einzigen in Frankreich beobachteten Röteln. In Deutschland jedoch scheint man einige sehr schwere Rötelnfälle beobachtet zu haben, die letal verliefen.

Die Schlufsfolgerung in des Verf.s Arbeit lautet: Die Röteln sind ein kontagiöses Exanthem, sicherlich auf parasitärer Grundlage, wie eines Tages die bakteriologischen Untersuchungen zeigen werden. Daher ist die Isolation dieser Kranken dringend geboten. *Jeanselme-Paris.*

(Übersetzt von P. TAENZER in Leipzig.)

Über das Vaccinefieber, von Dr. PEIPER in Greifswald. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1890. No. 16.) In der Sitzung des Greifswalder med. Vereins teilte P. seine Beobachtungen über das Vaccinefieber mit, und führten solche zu folgendem Resultat:

1. Die Schutzpockenimpfung im impfflichtigen Alter ist regelmäfsig von einem Fieber begleitet. Dasselbe zeigt sich zuweilen schon während des Inkubationsstadiums am 1.—3. Tage. 2. Der Beginn der eigentlichen Fieberperiode fällt auf den 4.—5 Tag. Das Fieber dauert durchschnittlich $2^1/_2$—4 Tage und hält sich in mäfsiger Höhe. Gefahrdrohende Erscheinungen treten während des Fiebers nicht auf. Der Abfall desselben ist ein allmählicher. 3. Besonders hohes oder lang andauerndes Fieber lassen auf das Vorhandensein einer Komplikation schliefsen.

L. Hoffmann-Berlin.

Progressive Ernährungsstörungen.

I. Maligne.

Über das Epithelialkarcinom der Mamma und über Pagets disease, von A. HANSER. (Inaugural-Dissertation. Heidelberg.) Bei einer 53jährigen Frau bildeten sich in der Umgebung des Warzenhofes kleine stecknadelkopfgrofse Eiterbläschen, die zerplatzten und dann Krusten bildeten, nach deren Ablösung wunde Stellen hinterliefsen, die nie heilten. 3 Monate vorher war eine geschwulstartige Härte in der betreffenden Brustdrüse entstanden, die aber nicht schmerzhaft war. Die Supraklavikulardrüsen waren geschwollen.

Die Geschwürsfläche war oval, in der Gegend der Warze am tiefsten und hatte dort einen speckigen Grund. An den Rändern blasses Granulationsgewebe. Die Oberfläche blutet sehr leicht, die Ränder grenzen scharf gegen die gesunde Haut ab.

Die Frau liefs sich die Brust amputieren, bekam aber ein Vierteljahr später ein Recidiv in der Narbe, welches kauterisiert wurde. Das weitere Schicksal ist nicht bekannt.

Die mikroskopische Diagnose lautete auf Epithelialkarzinom (Plattenepithelkrebs). In den gleichfalls exstirpierten Lymphdrüsen wurde karzinomatöse Infiltration gefunden.

Nach diesen eigenen Erfahrungen geht der Verf. zur kritischen Besprechung aller einschlägigen Fälle, die in der Litteratur verzeichnet sind, über und weist die Bezeichnung „Pagets disease“ als unberechtigt und geeignet, Verwirrung anzurichten, zurück; denn es besteht eine so grofse Differenz zwischen einzelnen Berichten und dem doch in den meisten Beziehungen einheitlichen Krankheitsbilde von Paget selbst, dafs man ja schliefslich eben so gut jede Erkrankung der Warze und des Warzenhofes so benennen könnte, einerlei, welcher Natur sie ist, einerlei, ob ihr ein Drüsenkrebs der Mamma folgt oder nicht.

Die Schlufsfolgerungen sind folgende:

1. Unbekannt aus welcher näheren Ursache, wahrscheinlich auch auf Grund schlechter Hautpflege, entstehen auf der Brusthaut, der faltigen Warze und dem unebenen Warzenhof mit Vorliebe Ekzeme und ekzemähnliche Affektionen.

2. Diese Ekzeme können nicht rasch genug in Angriff genommen oder wenn sie den Heilversuchen lange trotzen, vielleicht unter dem Einflusse des mechanischen Reizes und der Altersdisposition der Haut in Epithelialkarzinom übergehen, beziehungsweise von ihm gefolgt sein.

3. Epitheliome der Brusthaut entstehen aufserdem auch nach anderen Hautaffektionen (Intertrigo), wohl auch primär.

4. An der Brustwarze und dem Warzenhofe kommt eine Form von Epithelialkrebs vor, die durchaus dem Ulcus rodens im Gesichte gleicht.

5. Eine relativ häufige Erscheinung ist die Nachfolge eines Drüsenkrebses nach einem Ekzem der Brustwarze.

6. Der in 5., vielleicht auch der in 2. genannte Prozefs (manche auch von 1.) sind besonders in der englich-amerikanischen Litteratur durch zahlreiche Fälle unter dem Namen „Pagets disease“ vertreten.

7. Da Paget nur auf die unter 5. gemeinten Beobachtungen aufmerksam machte, dürfte mit Recht nur solchen sein Name beigelegt werden.

8. Nicht einmal aber die unter 5. genannten Fälle verdienen als besondere Krankheit bezeichnet zu werden, denn sie dürften die Teilerscheinung einer allgemeinen Erfahrungsthatsache sein, dafs Erkrankungen der Warze leicht durch Verlegung der Ausführungsgänge Drüsenkarzinome der Mamma hervorrufen.

9. Die Prognose der Erkrankungen der Brustwarze ist aus diesem Grunde stets ernster als die derselben Erkrankungen an anderer Stelle.

10. Die Therapie soll nur bei typischen Ekzemen längere Versuche mit medikamentöser Behandlung machen, sonst beim Fehlschlagen der ersten Probe sofort operativ vorgehen und zwar den Verhältnissen nach stets so radikal, wie nur erlaubt.

11. Sämtliche Sätze von 1—10 gelten im wesentlichen für Personen über 40 Jahren.“

Ein vollständiges Verzeichnis der einschlagenden Litteratur macht diese Arbeit noch besonders wertvoll. *P. Taenzer-Leipzig.*

II. Benigne.

Über elektrolytische Beseitigung der Warzen, von Dr. Patrzek in Oppeln. (*Internat. klin. Rundschau.* 1889. No. 50.) Der Artikel gibt einen Vortrag wieder, den der Verf. im oberschlesischen ärztlichen Verein gehalten.

Alle bisher bekannten und üblichen Behandlungsmethoden der Warzen haben sich wenig oder doch nicht genügend bewährt; die Hauptmängel sind — bei chirurgischer Behandlung — die entstellende Narbenbildung, oder, wenn die Operation

nicht radikal war, das Recidiv. Noch im Jahre 1886 konnte VOLTOLINI mit Recht behaupten, man wäre bis jetzt nicht imstande, dieses kleine Übel zu beseitigen.

Der Verf. hat nun zahlreiche Versuche gemacht, mittelst der Elektrolyse den Warzen beizukommen und glaubt darin ein Mittel gefunden zu haben, das alle andern an Bequemlichkeit, Schnelligkeit und Sicherheit des Erfolges übertrifft. Das Verfahren ist kurz folgendes: Der Verf. benutzt eine von dem Instrumentenmacher BRADE in Breslau nach VOLTOLINIS Angaben konstruierte Batterie von 16 Elementen aus Kohle und Zink. Die Füllung besteht aus Schwefelsäure und doppelt chromsaurem Kali. Die positive Schnur wird mit einer Platin-, die negative mit einer Stahlnadel armiert. Die Nadeln werden parallel im Niveau der Haut durch die vorher mit Salzwasser durchtränkte Warze hindurch gestofsen. Dann läfst man, mit einem Element beginnend, den Strom allmählich einschleichen; mit 5 Elementen kommt man allemal aus. Indem man nun den Strom einige Minuten (2—5) auf die Warze einwirken läfst, bemerkt man, wie sich dieselbe allmählich verändert: sie erweicht, wird weifs, dann grau, etwas schwärzlich, schliefslich wird sie breiig, und damit ist das Verfahren beendigt. Gewöhnlich genügt eine einzige Sitzung, bisweilen, bei grofsen Warzen, ist eine zweite oder dritte erforderlich. Man läfst nach der Operation die Warze ganz in Ruhe; sie trocknet vollständig ein, wird ganz schwarz und fällt bald von selbst ab.

[Referent hat aus Anlafs vorstehender Mitteilung unter Benutzung eines von derselben Firma bezogenen Apparates eine grofse Anzahl Warzen in der angegebenen Weise behandelt und kann die Angaben des Verf.s über die Erfolge nach allen Richtungen bestätigen. Empfehlen möchte er nur noch, nach der Operation die betreffende Körpergegend einige Zeit mit Läppchen zu bedecken, die mit kaltem Wasser befeuchtet sind; es treten nämlich in der Umgebung der Warze Reizerscheinungen auf, die ein längere Zeit anhaltendes, etwas schmerzhaftes Gefühl erzeugen, dem man zweckmäfsig in dieser Weise begegnet.] *Dreckmann-Recklinghausen.*

Über einen Fall von Fetthals, von CARL STEINKOPFF. (Dissertation. Leipzig 1889. ALEXANDER EDELMANN.) Bei einem 54jährigen, aus gesunder Familie stammenden und selber ganz gesunden Gastwirt hatte sich vor ungefähr 10 Jahren, zur Zeit als er anfing, stärker zu trinken, in der linken Halsgegend eine erbsengrofse Geschwulst entwickelt, die allmählich wuchs, ohne Schmerzen zu bereiten. Fünf Jahre später entstanden rechts am Halse und hinten auf dem Nacken zwei ebensolche Geschwülste, während gleichzeitig auch das Kinn stärker wurde, das jetzt, bei der Aufnahme in die Freiburger Klinik einen dicken, von Ohr zu Ohr gehenden Wulst aufweist. — Patient wünschte eine Operation nur aus kosmetischen Gründen und weil die Geschwülste ihm eine Bewegung des Kopfes fast unmöglich machten; andere Beschwerden wurden nicht geklagt. — Die Operation wurde nun in drei Abteilungen vorgenommen und gelang völlig. — An die Mitteilung dieser Krankengeschichte schliefst sich eine eingehende Besprechung des vorliegenden Falles mit Rücksicht auf die MADELUNGsche Arbeit an. — Hervorzuheben dürfte daraus sein, dafs dies der erste Fall von Fetthals ist, dessen Träger sich sämtliche Geschwulstteile operativ entfernen liefs.

Türkheim-Hamburg.

Mifsbildungen.

Elephantiasis naevoides, von Dr. MERRILL RICKETTS. (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* April 1889.) Mitteilung eines interessanten Falles einer

pigmentierten, elephantiastischen Wucherung am Kinn und in der Wangenhaut bei einem 42jährigen Landmann. Die Verhärtung hatte von frühester Kindheit an bestanden, die Geschwulstbildung war erst seit der Pubertät hinzugetreten und hat jetzt den Umfang eines grofsen Apfels erreicht, so dafs infolge des Gewichts am Kinn die Unterlippe ganz nach abwärts gezogen ist. Die Pigmentierung erstreckt sich von dem Nasenflügel beiderseits nach den Ohren und nach abwärts bis zu den Schlüsselbeinen hin. Auf der Neubildung finden sich keine Haare, die Oberfläche ist aber durch die Vertiefungen der Haar- und Talgdrüsen eingezogen. Eigentliche Beschwerden bestehen nicht. Ein beigegebener Lichtdruck stellt die Affektion sehr anschaulich dar.

Philippi-Nieheim.

Über das „Sichversehen" gravider Frauen, von Dr. W. R. Clunes. (*Occid. med. Times.* Januar 1890.) Verf. glaubt, dafs der Einflufs der mütterlichen Gemütseindrücke bei der Entstehung von **„Muttermäler"** nicht ohne weiteres in Abrede gestellt werden könne, und führt 5 Beispiele seiner eigenen Beobachtung an, welche allerdings sehr zu Gunsten seiner Auffassung zu sprechen scheinen. Bei der Durchforschung der Litteratur hat Verf. gefunden, dafs auch manche andere intelligente Ärzte seine Auffassung teilen und ähnliche Beispiele berichtet haben, doch kann eine irgendwie befriedigende Erklärung solcher Vorgänge noch nicht gegeben werden. Abgesehen von dem biblischen Bericht, demzufolge Jakob durch Einlegen von geringelten Stäben ins Trinkwasser der Kühe bei diesen gefleckte und scheckige Nachkommenschaft hervorbrachte, führt Verf. das Vorkommen von schwarzer Nachkommenschaft bei weifsen Eltern, nachdem die Mutter in früheren Jahren mit einem Neger Verkehr gehabt, als sonst unerklärlich an. Wenn ferner starke Gemütserregungen irgend welcher Art einen so mächtigen Einflufs auf die Mutter ausüben können, dafs Frühgeburt oder Abort die Folge davon wird, so ist es doch denkbar, dafs in gelinderen Fällen sich die Wirkung der Erregung statt in dem Absterben der Frucht in der Entwickelung eines Hautmales äufsere. — [In Ermangelung weiterer Beweise wird man aber dennoch kaum durch diese Ausführungen sich veranlafst sehen, zu den Ansichten des Verf. überzutreten. Ref.]

Philippi-Nieheim.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, von Dr. Neuhaus. (*Deutsche Med. Zeitung.* 1890. No. 19.)

I. Blutungen aus der Harnröhre: Verf. beschreibt zwei Fälle von Hämorrhagien aus dem Ende der Harnröhre, welche durch zu oft und zu ungestüm ausgeübten Coitus entstanden waren. In beiden Fällen war sonst nirgends eine Abnormität im Urogenitalsystem zu finden. Die Therapie bestand in in der innerlichen Darreichung von Ergotin, 1 g auf 6 Pulver, davon alle 3 Stunden 1 Stück, und in Ruhe. Der Erfolg war ein voller.

II. Das Oleum Santali ostindicum: Verf. lobt das Santelholzöl bei akuter, subakuter Gonorrhoe, bei der chronischen Urethritis anterior und bei akuter Cystitis. Er gibt das Öl in Gelatinekapseln à 0,5 g 4—5 Stück pro die etwa 14 Tage hindurch. Es wird angeblich besser als andere balsamische Trippermittel vertragen.

Leistikow-Hamburg.

Zur therapeutischen Würdigung des Creolins, von Sanitätsrat Dr. ZIELEWICZ in Posen. (*Therap. Monatshefte.* 1890. No. 4.) Während der Verf. sich früher ungünstig über das Creolin ausgesprochen hat, haben längere Beobachtungen ihn zu andern Resultaten geführt. Abgesehen von dem Ekzem, welches er beim Waschen der Hände mit Creolin bekommt, empfiehlt er es, was für uns von Wichtigkeit ist, bei der chronischen idiopathischen Cystitis. Bei Cystitis gonorrhoica wirkt das Creolin sowohl auf das primäre, wie auf das sekundäre Leiden günstig ein. Bei der Cystitis als Begleiterin von Hypertrophie der Prostata kennt er kein besseres Mittel. Er benutzt eine 1/2 % lauwarme Lösung zum Ausspülen der Blase. Ist man bei Strikturen der Harnröhre gonorrhoischen Ursprungs in der Lage, die äufsere Urethrotomie machen zu müssen, so bietet auch hier das Creolin die möglichst besten Vorteile. Man hat es dabei gewöhnlich mit der Cystitis zu thun, und diese Komplikation ist der Grund, weshalb sich wohl die meisten Chiurgen in diesen Fällen zum Liegenlassen eines Verweilkatheters während der Nachbehandlungsperiode entschliefsen, wiewohl man davon mit Recht eine Urethritis befürchtet. Diesem letzteren Übelstande hilft ein regelmäfsiges Auswaschen der Harnröhre und der Blase mit 1/2 % Creolin noch am besten ab. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein dritter, in die Harnröhre einmündender Urether. Harnträufeln. Operation. Heilung. Dr. DESIDERIUS VELITS stellt am 29. März 1890 aus der gynäkologischen Klinik des Prof. TAUFFER im ärztlichen Verein zu Budapest folgenden Fall vor. Is. B., 14jähriges Mädchen, leidet seit seiner Geburt an Harnträufeln. Im oberen Drittel an der linken Wand der weiten Harnröhre befand sich eine kleine Öffnung. Die in diese eingeführte hohle Urethersonde ging nach oben und hinten etwas nach links und entleerte nach einer Weile tropfenweise Urin. Die cystoskopische Untersuchung zeigte, dafs die beiden Urethermündungen in der Blase normal vorhanden waren und dafs dieser dritte Kanal nicht in die Blase mündete, sondern (durch Bewegung der eingeführten Hohlsonde wahrnehmbar) an der hinteren Wand der Blase etwas links nach oben und links ging. Durch Epicystotomie wurde die Blase geöffnet und die Öffnung diesses dritten Urethers in die Blase oberhalb des Sphincter vesicae, wie folgt, verpflanzt. Mit Hilfe der eingeführten Hohlsonde wölbte man die vordere Wand des aberranten Urethers hinter- und oberhalb der linken Urethermündung in die Blase und eröffnete mit einem Schnitt auf die Sonde den Kanal, so dafs jetzt der Knopf der Sonde in der Blase erschien; auch tröpfelte gleichzeitig durch die frisch bereitete Öffnung Harn in die Blase. Nachher wurde ein Teil des Kanals vor der Öffnung operativ entfernt und auch paqulinisiert. Die Blase und Bauchwunde vernäht. Es trat Heilung ohne Reaktion ein, und seitdem, es ist ca. 1 Monat nach der Operation verflossen, zeigte sich kein Harnträufeln mehr. In der Litteratur ist kein ähnlicher Fall verzeichnet. *Róna-Budapest.*

Zur Verwendung der Insufflation bei der Endoskopie. (*New York med. Journal.* 1890. März 8. und 15.) In einem Eingesandt an die Redaktion machen W. K. OTIS und X. darauf aufmerksam, dafs diese Methode schon von v. ANTAL angewandt und im *Centralblatt für Chirurgie,* 1887, Mai 14, beschrieben worden ist.

Dr. HEUEL erwidert (März 15), dafs er bedaure, keine Kenntnis von v. ANTALS Erfindung gehabt zu haben, findet aber, dafs sein Apparat gegenüber dem v. ANTALschen gewisse nicht unwesentliche Vorzüge besitze.

s. Referat Bd. X. pag. 523. Anmerkung. *Philippi-Nieheim.*

Bemerkungen über Striktur der Urethra, von Dr. W. J. FLEMING (Glasgow). (*Glasgow Med. Journal.* April 1890.) Aus diesem kurzen aber gediegenen Vortrage

seien folgende Punkte als die zur erfolgreichen Behandlung des Leidens bemerkenswertesten hervorgehoben: Dem Eintritt von Luft in die Blase steht entgegen einmal der enge Kontakt und somit die Ventilwirkung der Schleimhautflächen des Meatus urinarius, ferner die „Peristallik" der Urethra, welche sich z. B. in der sofortigen Ausstofsung eines eingelegten Katheters erkennen läfst. Diese beiden Eigenschaften der Harnröhre im Verein mit ihrer Lage in einem zur Blase niedrigeren Niveau bedingen eine vollständige Entleerung allen angesammelten Urins, sobald einmal der Detrusormuskel den Widerstand des Sphincters überwunden hat. Die an verschiedenen Stellen der Urethra variierende Weite derselben läfst sich, wie Otis mit Recht hervorgehoben hat, nach dem Mafsstabe abschätzen, dafs einer Zunahme des äufseren Umfangs des Penis um 1/4 Zoll eine Erweiterung der Harnröhre um 2 mm entspricht. Die Strikturen der Harnröhre werden praktisch eingeteilt in 1. solche, welche durch Verdickung der Mucosa entstehen und 2. solche, die durch Druck von neugebildetem Gewebe in der Umgebung entstanden sind. Eine nützliche Regel ist diejenige, niemals einen Katheter einzuführen, ehe man mit einer Bougie sondiert hat; auch soll man niemals ein metallenes Instrument gebrauchen, wenn man mit einem weichen auskommt, wofür gute Gründe angegeben werden. Verf. empfiehlt auch vor jeder Einführung von Instrumenten eine Kokaininjektion in die Harnröhre zu machen. Bei einem Falle von akuter Urinretention sind folgende Mafsregeln angezeigt: Zunächst versucht man, wie weit eine dicke Sonde mit Olive eindringt; dann fürt Verf. seine feinste weiche Bougie ein; wenn dies gelungen ist, wird eine zweite neben der ersten eingeführt; darauf wird, während ein Assistent den Penis hält, in demselben Augenblick, in welchem dieser die Bougies entfernt, eine konische Stahlbougie eingeführt, was bei der nötigen Geschwindigkeit meistens sogleich gelingt. Wenn nach etwa halbstündigem Versuchen ein Durchgang nicht erzielt wird, so aspiriert Verf. Ein anderes, oft höchst nützliches Hilfsmittel ist die Bougie conductrice. Desgleichen ist oft eine ziemlich kräftige Einspritzung mit reinem Öl oftmals vom besten Erfolg begleitet. Gegen Schüttelfröste kann man sich durch Darreichung von Chinin (0,5) und einem Morphiumsuppositorium vor der Inangriffnahme der Retention zu schützen suchen. Zur Behandlung der Causa morbi empfiehlt Verf. die allmähliche Dilatation (3—4 Nummern pro Sitzung alle 3—4 Tage) und die interne Urethrotomie; die plötzliche Dilatation, welche das gesunde Gewebe zerreifse und das kranke, infiltrierte unberührt lasse, verwirft er. Wesentlich bei der Urethrotomie ist die (etwa 4 Tage nach der Operation zu beginnende) Dehnung der Harnröhre mit Stahlsonde.

Philippi-Nieheim.

Studien über Zottengeschwülste der Blase, von Dr. Dixon Jones (Brooklyn, (*Medical News.* 1890. März 8.) Früher galten alle Zottengeschwülste der Blase für karzinomatös, und man betonte dabei die auffallend geringe Malignität dieser Tumoren gegenüber andern Krebsbildungen. Jetzt hat man die Notwendigkeit erkannt, zwischen einfachen Papillomen und Karzinomen der Blase zu unterscheiden. A. W. Stein (New-York) unterscheidet 4 Arten von Blasenkrebs: Epithelioma, Encephaloid (Markschwamm), Zottenkrebs und Scirrhus, doch glaubt Dr. Jones nicht an die Berechtigung, den Zottenkrebs als besondere Form aufzustellen. Das Epitheliom und der Markschwamm geben die Grundlage der Zottenbildung ab, möglicherweise sogar auch der Scirrhus. Die pathologisch anatomischen Verhältnisse bei diesen Neubildungen sind in J.s Arbeiten durch zahlreiche Abbildungen, die von teils postmortalen teils intra vitam gewonnenen Präparaten genommen sind, ausgiebig klar gelegt.

Philippi-Nieheim.

Über den Gebrauch des Katheters bei Prostatahypertrophie, von R. Harrison. (*Brit. Med. Journal.* 1890. Mai 17.) Die Notwendigkeit des Katheteri-

sierens tritt nicht bei jeder hypertrophischen Prostata ein. Verf. kennt z. B. einen 79jährigen Herrn, dessen Prostata seit einiger Zeit geradezu enorme Dimensionen angenommen hat, ohne, wie es scheint, ihn irgendwie am Urinieren zu hindern. Ferner ist es nicht zu leugnen, dafs bei manchen Patienten das Zurückbleiben eines gewissen Restes von Urin in der Blase (etwa 100,0 g) das Eintreten schlimmerer Zustände verhindert; denn eine Blase, welche längere Zeit hindurch daran gewöhnt ist, einen gewissen Restbestand in sich zu behalten, ist nicht imstande, nach der (gewaltsamen) operativen Entfernung desselben sich genügend zu kontrahieren, um den Eintritt von Luft in diesen somit geschaffenen leeren Hohlraum zu verhindern; ferner tritt nach solcher Entleerung sehr leicht eine gesteigerte Schleimabsonderung von der Prostata und ihrer Umgebung aus auf, und schliefslich gibt man auf diese Weise leicht zu Blutungen aus den ihrer gewohnten Stütze beraubten Blasengefäfsen Anlafs. Somit wird in vielen Fällen an Stelle des unschädlichen sauren Residualharns durch unzeitiges Katheterisieren die Entwickelung eines höchst nachteiligen, ammoniakalischen, bakteriengeschwängerten Harnes gesetzt.

Mufs aus irgendwelchen Gründen der Urin aus einer so erschlafften Blase gänzlich entfernt werden, so empfiehlt es sich denselben durch eine kleine Menge einer aseptischen Flüssigkeit zu ersetzen. Nach und nach kann man diese Menge immer kleiner werden lassen.

Die beim Katheterisieren und anderen Operationen an Blase und Urethra vorkommenden Schüttelfröste und Temperatursteigerungen beruhen, wie Verf. durch eine Reihe von Operationen nachgewiesen hat, auf der Resorption gewisser Urinprodukte wahrscheinlich meistenteils Alkaloide, durch den Organismus.

Von praktischer Bedeutung ist der Hinweis auf die unberechenbar verschiedenen Biegungen und Krümmungen der Pars prostatica; bei den verschiedenen Patienten mufs man oft ganz verschieden gestaltete Katheter anwenden; keine Katheterform pafst für alle Fälle. Zum Schlusse betont Verf. die Gefahren einer zu plötzlichen Entleerung bei Urinstauung, da dabei die atonische Blasenwand der ausfliefsenden Flüssigkeit nicht vollkommen genug nachfolgt. *Philippi-Nieheim.*

Blennorrhagie und Komplikationen.

Gonorrhöe bei Bruder und Schwester im Alter von 6 resp. 8 Jahren, von F. M. Crandall. (*New York med. Journal.* 1890. April 26.) Ein 6jähriger Knabe hat seit ca. 7 Wochen Ausflufs aus der Harnröhre gehabt; bei der ärztlichen Untersuchung wurde unter Nachweis von Gonokokken ein typischer Tripper konstatiert. Fünf Tage später gelangte die 8jährige Schwester wegen ihrer seit 8 Tagen bestandenen Vaginitis in Behandlung, wobei ebenfalls Blennorrhöe und Gonokokken nachgewiesen wurden. Wie es scheint, war der Knabe von einem Verwandten infiziert worden und hatte die Krankheit auf seine Schwester, mit der er, wie beide Teile eingestanden, geschlechtliche Berührung gehabt hat, übertragen. — [Conf. Zola: „Germinal.“ Ref.] *Philippi-Nieheim.*

Über die chronische blennorrhagische Urethritis, von Dr. P. Bazy. (*Progrès médicale.* 1890. Januar 4 u. 11.) Die tiefe oder hintere Urethritis (Urethritis posterior) trifft man viel häufiger an als man glaubt und sie will erkannt sein, denn sie mufs behandelt werden.

Man darf dabei die Wichtigkeit geringerer Symptome nicht aufser Augen lassen, wie die milchige Beschaffenheit des Urins zu Anfang der Miktion, die Anwesenheit kleiner weifser Fäden in demselben, die immer Symptome einer Urethritis posterior sind.

B. fand diese Fäden bei Personen, die keine anderen pathologischen Beimengungen in ihrem Urin hatten, er sah sie gehen und wiederkommen, manchmal als einziger Morgentropfen, manchmal als mehrere Tropfen am Tage, bisweilen sogar als beträchtlichen Ausflufs oder gar mit mehr oder weniger intensiven Blasenhalsentzündungen.

Der Autor fügt hinzu, dafs die Feststellung dieser Thatsachen und die Möglichkeit, für diese fieberhaften Urethritiden den Grund in akutem, scheinbar spontanen Auftreten zu finden, Zweifel hinsichtlich der urethralen Ausflüsse rheumatischen Ursprungs oder hinsichtlich der rheumatischen Blasenkatarrhe hat aufkommen lassen. Der Einflufs der Diathese existiert, aber er ist begrenzt.

Die Behandlung besteht hauptsächlich in der Durchführung gewissenhafter Hygiene und in der planmäfsig kombinierten Anwendung von Instillationen von Arg. nitr. (in mehr oder weniger hohen Dosen) und der Dilatation durch Sonden. Nicht zu vergessen ist die Behandlung des hinteren Teils durch Instillationen von Silbernitrat (1 : 50). In selteneren Fällen mufste der Verf. sogar Lösungen von 1 : 20 bis 1 : 15 anwenden. Die Balsamica haben in nicht schmerzhaften Fällen scheinbar keinen grofsen Einflufs ausgeübt. Bisweilen wurde der Gebrauch von schmerzstillenden Mineralwässern (z. B. von Evian oder Pongues), namentlich gegen das Ende der Kur hin, für besser befunden. Diese Wasser wirken abhärtend und bewirken die Auswaschung der Urethra posterior. *H. Fournier-Paris.*

(Übersetzt von P. Taenzer in Leipzig.)

Bakteriologie.

Zur Ätiologie der pyämischen Erkrankungsprozesse, von Dr. E. Levy. (*Centralbl. f. klin. Medizin.* 1890. No. 4.) L. beschreibt zunächst die Krankengeschichte eines 26jährigen Tagelöhners, der an Otitis med. perforat. purul. und sekundärer pyämischer Sinusthrombose litt, welche letztere den Tod herbeiführte. Es gelang dem Autor, aus dem Mittelohrsekret und dem bei der Trepanation des proc. mastoid. gewonnenen Eiter, aus dem Blute des Patienten während eines Schüttelfrostes, endlich aus dem Thrombenmaterial post mortem einen bislang noch nicht beobachteten Bacillus zu züchten, der sich eminent pathogen für weifse Mäuse erwies. Verf. zieht hieraus den wohl berechtigten Schlufs, dafs nicht nur durch die bekannten Strepto- und Staphylokokken, sondern auch durch seinen Bacillus Pyämie veranlafst werden kann. *Leistikow-Hamburg.*

Verschiedenes.

Traumatische Entfernung der ganzen Kopfschwarte ohne tödtliche Folgen, von F. B. Sutliff. (*Occidental Med. Times.* März 1890.) Einem Chinesen

wurde durch einen Unfall in einer Zuckerfabrik die ganze Kopfhaut von den Augenbrauen bis zum Nacken total abgerissen. Der Patient erhielt einen antiseptischen Verband, sowie Morphium zur Linderung der Schmerzen. Nach Jahresfrist war er noch am Leben, einigermafsen noch bei Kräften, aber völlig dement. Verf. verzeichnet den Fall, weil es ihm merkwürdig war, dafs Jemand eine derartige Verletzung so lange überstehen konnte. *Philippi-Nieheim.*

Eine neue Reaktion auf Harnsäure, von Dr. Siegfried Rosenberg. (*Centralblatt f. klin. Medizin.* 1890. No. 14.) Versetzt man den Harn mit ca. dem gleichen Volumen 5 %iger Phosphorwolframsäurelösung und fügt einen Tropfen Kali- oder Natronlauge oder Ammoniak hinzu, so entsteht eine durch Harnsäure bedingte Blaufärbung. *Leistikow-Hamburg.*

Beiträge zur Hautverpflanzung nach Thiersch, von Dr. C. Hübscher. (*Beiträge zur klin. Chirurgie.* 1889. Bd. IV.) An der Baseler chirurgischen Klinik wurden die Hauttransplantationen nach der von Thiersch eingeführten bekannten Methode vorgenommen, welche im wesentlichen folgende waren:

a. Strenge Durchführung der Antisepsis während der Operation und während der Nachbehandlung;
b. die Schnitte sind erheblich dünner als die von Thiersch;
c. die Hautlappen sind relativ länger und breiter;
d. einige technische Änderungen.

Die Mitteilungen erstrecken sich über 40 Krankheitsfälle und zwar: 4 Verbrennungen und Erfrierungen, 15 Verletzungen mit Substanzverlust, 6 Ulcera cruris, 3 Operationswunden; aufserdem 12 Fälle von frischen, nicht granulierenden Wunden. In 1 Falle wurde der Hautlappen aus dem Rücken eines Spanferkels, in einem andern aus der Skrotalhaut eines erschossenen Bullen entnommen, doch waren die Erfolge nicht ganz befriedigend. In allen andern Fällen wurde fast durchweg Heilung per primam erzielt. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Über die Erfolge der Hauttransplantation nach Thiersch, von O. Nagel (*Beiträge zur klin. Chirurgie.* 1889. Bd. IV. Tübingen.) Die Fehler der bis dahin gebräuchlichen Reverdinschen Methode bei Hauttransplantationen wurden im Jahre 1886 von Thiersch entdeckt und ein anderes nach ihm benanntes Verfahren eingeführt. Der Hauptunterschied zwischen beiden Methoden besteht darin, dafs Thiersch im Gegensatz zu Reverdin die Wundfläche zuvor von sämtlichen Granulationen durch Auskratzen gründlich reinigt und dann erst die excidierten Hautläppchen direkt auf die Wundfläche ausbreitet.

Die nach dieser Thierschschen Methode an verschiedenen Krankenhäusern gemachten Versuche waren, wie die betreffenden Berichte von Plessing, Graser, Rathey, Jaeschke, Dippe, Garré, Eversbusch zeigen, von schönen Erfolgen begleitet, jedenfalls waren die Erfolge günstiger, als bei der Reverdinschen Methode. Besonders bewährt hat sich das Verfahren bei Brandverletzungen im Granulationsstadium, überhaupt bei traumatischen Defekten, weniger gut bei pathologisch veränderten Geschwürsflächen, z. B. bei Unterschenkelgeschwüren. *Dreckmann-Recklinghausen.*

Elastische Quecksilber-Bougies, von Dr. Leopold Casper. (*Therap. Monatsh.* 1890. No. 5.) Mit dem Namen „elastische Quecksilber-Bougies“ bezeichnet C. die bekannten französischen elastischen Gummi-Bougies, die mit Quecksilber ausgegossen sind. Dieselben haben die Vorzüge der starren und weichen Sonde vereint und an Gewicht, Biegsamkeit und Festigkeit gewonnen. Demzufolge führt sich solch eine

Bougie leichter ein als eine Metallsonde, leichter und sicherer als ein leeres Gummi-Bougie, seine Wirkung ist der der Metallsonde gleich, der Schmerz beim Einführen ist geringer als der, den ein starres Instrument verursacht.

L. Hoffmann-Berlin.

Erklärung.[1]

An die Redaktion der

„Monatshefte für praktische Dermatologie“

Hamburg.

Eine Firma Dr. A. Gude & Co. annonciert in vielen medizinischen Zeitschriften, darunter auch in Ihrer (Bd. X. No. 10), ich hätte von einem Dr. Gude hergestellte Seifen klinisch geprüft und sehr gelobt.

Dieses ist unwahr.

Seit einem Jahre beschäftige ich mich, gemeinschaftlich mit Herrn Apotheker Keysser in Hannover (früher Wilhelmshaven), mit flüssigen, medizinischen Seifen. Dieselben wurden und werden sämtlich nach meinen Angaben von Letzterem hergestellt, und meine klinischen Versuche können sich nur auf diese, nicht auf andere Seifen beziehen.

Indem ich Sie um Aufnahme dieser Berichtigung ersuche, zeichne ich

Hochachtungsvoll

Berlin, 25. Mai 1890. Dr. Buzzi.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Proksch. *Die Litteratur über die venerischen Krankheiten.* 2. Bd. Bonn 1890.

Klotz. Über die Entwickelung der sogenannten strumösen Bubonen und die Indikationen für die frühzeitige Exstirpation derselben. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 6.

Smirnoff. *Kort framställning af syphilisterapie medelst injektion af olösliga kvicksilferpreparat.* Helsingfors 1890.

Finger. Über latenten chronischen Tripper beim Manne. *Wiener med. Wochenschr.* 1890. No. 4—7.

Welander. *Några ord i prostitutionsfrågan.* Stockholm 1890.

Wood and Harc. The cause of death from chloroform. *Medical News.* Febr. 1890.

Holschewnikoff. Ein Fall von Syringomyelie und eigentümlicher Degeneration der peripherischen Nerven, verbunden mit trophischen Störungen (Acromegalie). *Virchows Archiv.* Bd. 119. 1890.

Mibelli. *Di un metodo semplice per la dimostrazione delle fibre elastiche nella pelle Monitore zoologico italiano.* 1890. No. 1.

Kaurin. Notes of the etiology of Leprosy. London 1890.

Zeisler. Remarks on Tuberculosis of the skin. *North Americ. practitioner.* March 1889.

Gadde. Beitrag zur äußeren und inneren Anwendung des Ichthyols. *Therapeut. Monatsh.* 1890. No. 3.

---

[1] cf. Inserat.

Neuhaus. Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane. *Deutsche Med. Zeitung.* 1890. No. 19.

Freund. Über die Anwendung des Ichthyols bei Frauenkrankheiten. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 11.

Buckston Browne. Some practical points in the treatment of retention of urine. *British med. Journal.* March 1890.

Wargnier. *De la folliculite et périfolliculite chez les fileurs et rattacheurs.* Lille 1889.

Ohmann-Dumesnil. The treatment of Sycosis. *St. Louis Med. Journ.* March 1890.

— — *A paper on Kraurosis vulvae.* St. Louis.

Stelwagon. Notes on the use of medicated robber plasters in certain cutaneous diseases. *Med. News.* Oktober 1887.

Geyl. Beobachtungen und Ideen über Hypertrichose. *Dermatol. Studien.* Serie II. Heft 4.

Hebra. Glycerinum saponatum als Vehikel zur Aufnahme verschiedener Medikamente. *Internat. klin. Rundschau.* 14 u. 15.

Massart u. Bordet. *Recherches sur l'irritabilité des Leucocytes.* Bruxelles 1890.

Petrini et Babes. *Note sur une observation de sarcome alvéolaire mélanique de la peau.* Paris 1889.

— — Sur un cas de Pityriasis rubra. *Extrait du Journ. de l'anat. et physiol.* Paris.

Kromayer. Zur Anatomie der Prurigo. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.

Geyl. Resultaten der operatieve behandlung van Carcinoma uteri *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie.*

Stelwagon. Dermatitis herpetiformis. *Journ. of Cutan. and genito-urin. dis.* Febr. 1890.

— Molluscum contagiosum. *Congress Washington.* 1888. Septbr. 19.

Guldberg. *Oleum physeteris.* Kristiania 1889.

Neisser. Über Spezialisten-Kongresse. Offener Brief an die Redaktion. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1890.

Schirren. Zur Behandlung der Psoriasis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1890. No. 11.

Ohmann-Dumesnil. Alopecia areata due to traumatism. *St. Louis Clinique.* Febr. 1890.

Geyl. Dionisius van der Sterren. *Nederl. Tijdschrift foor Geneeskunde.*

Ramon y Cajal. Sur l'origine et les ramifications des fibres nerveuses de la moelle embryonnaire. *Anat. Anzeiger.* 1890. No. 3.

Schütz, Frankfurt a./M. Mitteilungen über mikroskopische Präparate von Lupus erythematosus. Vortrag. Naturforschervers. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1890. Heidelberg.

Kromayer. Über die Deutung der von Herxheimer im Epithel beschriebenen Fasern. *Arch. f. Dermat. u. Syph.* 1890.

Zeisler. On the occurrence of Prurigo in America. *Journ. of. Cutan. and genito-urin. dis.* Novbr. 1889.

Discours prononcés aux funérailles du Dr. P. Ricord. Paris 1889. Oktbr. 26.

Kyrieleis. Beitrag zu den multiplen Fibromen der Haut und den Neurofibromen. Göttingen. Inaug.-Dissert.

Letzel. Zur Behandlung der Ulcera mollia. *Allg. Med. Centralztg.* 1889. No. 104.

Ehrmann. Versuch, um zu demonstrieren, welchen Weg gelöste Stoffe beim Eindringen in die Haut durch elektrische Kataphorese nehmen. *Wien. med. Wchnschr.* 1890. No. 5.

Rasch. A Case of large chylous cyst of the mesentery. *Transactions of the Obstetrical Society of London.* Vol. XXXI.

Sachregister.

(Die römischen Zahlen beziehen sich auf die Ergänzungshefte.[1])

[1] Zu diesem Band erschien das Ergänzungsheft No. I des Jahrganges 1890.

Namenregister.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die römischen Zahlen beziehen sich auf die Ergänzungshefte. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Klinik der Herzkrankheiten.

Von

Germain Sée,

Professor der klinischen Medizin in Paris.

Autorisierte deutsche Ausgabe

von

Dr. **Max Salomon**

in Berlin.

Band I. Mit 24 Figuren im Text. 1890. Preis *M* 12.—.

Die Geschichte der Tuberkulose.

Von

Dr. med. **August Predöhl,**

Assistenzarzt am Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg.

Preis *M* 12.—. Gebunden in Halbfranz *M* 14.—.

Massage in der Frauenheilkunde.

Von

Dr. L. Prochownick.

Preis *M* 4.—, in Leinwandband *M* 5.—.

Das Hungern.

Studien und Experimente am Menschen.

Von

Luigi Luciani.

O.-Ö. Professor der Physiologie in Florenz.

Mit einem Vorwort von Jac. Moleschott in Rom.

Autorisierte Übersetzung von

Sanitätsrat Dr. **M. O. Fraenkel.**

Mit 8 Abbildungen im Text und 2 Tafeln.

Preis *M* 6.—.



